Rok XXXIX. Kraków, 28 Kwietnia 1900. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób nerwowych radcy dworu prof. Krafft-Ebinga i z pracowni prof. Obersteinera w Wiedniu.

Przyczynek do sprawy rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem (*Polyneuritis alcoholica* [1]).

Podał

Dr. Henryk Halban

asystent kliniki.

W ostatnich kilku latach miałem sposobność badać ośrodkowy układ nerwowy i nerwy obwodowe w 3, śmiercią zakończonych, przypadkach *Polyneuritis alcoholica* (zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokowego) z kliniki prof. Krafft-Ebinga. Z jednej strony niejednakowe wyniki dotychczasowych badań, z drugiej strony przekonanie, że każdy przypadek, acz niedużo, zawsze jednak choć trochę może przyczynić się do wyjaśnienia zawikłanych stosunków anatomicznych w *Polyneuritis alcoholica*, spowodowały mnie, aby ten przyczynek dorzucić do ogólnego zbioru prac, zwłaszcza, że w jednym z moich przypadków znalazłem ciekawe zmiany w sznurach tylnych, trudne do wytłómaczenia.

Spostrzeżenie I.

Kobieta lat 43. Od lat wielu pijaczka. Choroba zaczęła się w sierpniu 1898 r. zawrotami głowy i niedowładem kończyn dolnych. Stan obecny 13. VIII. 1898. Ogólne wychudzenie, siła ruchowa dolnych kończyn osłabiona coraz bardziej ku obwodowi, odruchy kolanowe zniesione. Psychoza Korsakowa. Śmierć 21. VIII. 1898. Wyraźne ale niezbyt rozległe zmiany w nerwach obwodowych, ujemny wynik badania w układzie nerwowym ośrodkowym.

Maryę W., 43 l., zarobnicę, przyprowadzono dnia 12. VIII. 1898 na klinikę chorób umysłowych. Policyjno-lekarski wywód oględzin, na mocy którego chorą przyjęto, podaje, że chora jest nałogową pijaczką od lat wielu i że od 8 dni leży. Według podania towarzyszki, mieszkającej z nią razem, bredzi, a mianowicie ma się jej zdawać, że widzi całe mnóstwo mężczyzn, odgrażających się jej, a choć sama nie przeczy, że to mógł być sen, jednak i na jawie jest podrażniona obawą powrotu tych mężczyzn. Dalsze wywiady podała chora sama, gdyż od czasu do czasu dawała jeszcze w szpitalu rozumne odpowiedzi. Otóż sama przyznaje się, że dużo piła w swojem życiu i to nietylko piwo i wino, ale także i wódkę w większej ilości, jako też herbatę z rumem Przed 2 laty miała silne bóle w obu nogach i rękach, wskutek czego z trudnością tylko chodziła, a każdy ruch był bolesny.

Stan obecny d. 13. VIII. 98. Chora średniego wzrostu, wątła, bardzo wychudzona. Czaszka krzywicza. Źrenice nieco zwężone, oddziaływują prawidłowo na światło i zbieżność. Dno oka prawidłowe. Lekkie drżenie języka i palców. Siła ruchowa górnych kończyn przy zginaniu i wyprostowaniu w łokciu i nadgarstku nie zmniejszona, taksamo, o ile można zbadać, przy ruchach w kolanie, jednak zgięcie stopy ku podudziu w stawie skokowym jest zniesione. Chora nie może się sama na nogach utrzymać, a podtrzymywana wlecze za sobą powoli nogi, które się często w kolanach uginają. Odruchów kolanowych nie można wywołać. Nerwy i mięśnie kończyn dolnych za uciskiem niezbyt bolesne. Czucie bez zmian, pobudliwość mięśni na prąd stały i przerywany osłabiona przy drażnieniu pośredniem i bezpośredniem. Odczynu zwyrodnienia niema. Ogólny stan narządów wewnętrznych prawidłowy. Ciepłota ciała prawidłowa. Stan umysłowy: Chora jest zupełnie apatyczna, twarz jej bez wyrazu; patrzy osłupiałym wzrokiem w dal lub leży z zamrużonemi oczyma. Zapytana podaje, że jest w szpitalu, do do którego sama przyszła bez opieki, dalej, że wczoraj była na przechadzce i wypiła w restauracyi 2 duże szklanki piwa. Podaje, że ma lat 40, ale zaraz się poprawia, że ma tylko 28. Przed paru tygodniami miała być na wsi i odbywać dalsze przechadzki (nieprawdziwie podane); teraz jest chora, a mianowicie na zimnicę. Po kilku minutach zapomina o swej chorobie i twierdzi, że się ubierze i pójdzie się przejść do parku. Od czasu do czasu znów daje rozumne odpowiedzi. Jej inteligencya zdaje się być ograniczona, niedołężne odpowiedzi nie odpowiadają nawet wiedzy szkół ludowych.

15. VIII. Chora podaje, iż wczoraj była w parku (Augarten) na przechadzce, dziś dopiero przyszła do szpitala. Zachowanie się jej niezmienione, leży apatyczna, najczęściej z zamkniętemi oczyma na wznak w łóżku. Nerwy i mięśnie kończyn dolnych za uciskiem nieznacznie bolesne. Rozpoczynająca się odleżyna na krzyżach. Zatrzymanie moczu.

20. VIII. Chora senna, jednak na zapytanie czasem odpowiada. Oddziaływa najbardziej na ucisk nerwu strzałkowego, udowego, szczególniej po stronie prawej. Tętno małe, 120, miękie. Liczba oddechów 24.; na klatce piersiowej nigdzie niema stłumień, w płucach rzężenia. Zatrzymanie moczu. Od 19. VIII. podwyższenie ciepłoty ciała.

21. VIII. rano. Chora bezprzytomna, tętno bardzo szybkie, oddechanie utrudnione, liczba oddechów 13. Lewa strona klatki piersiowej mniej się porusza przy oddechaniu, tamże odgłos wypukowy tępy, oddech oskrzelowy. Ciepłota 40·4. Popołudniu śmierć. Sekcya (18 godzin po śmierci) wykazuje: *Atrophia loborum front. cerebri, tuberculosis chronica apicis pulmonis sin., ulcera tbc. intestini tenuis, cor adiposum, marasmus in indiv. cum neuritide alcoholica.*

Wynik badania drobnowidowego.

Mózg. Korę mózgową badałem sposobem Marchiego i Nissla. Mimo, że wynik sekcyjny pozwalał przypuszczać zmiany w korze mózgowej, jednak nie znalazłem nic nieprawidłowego w częściach przednich i tylnych zwojów środkowych i w płacie czołowym. Na preparatach, sporządzonych sposobem Marchiego, nie można wykazać zaniku włókien stycznych (Tangentialfaserschwund). Wcale udałe zabarwienie komórek piramidalnych (Pyramidenzellen) według Nissla nie wykazuje żadnych zmian. W rdzeniu przedłużonym nie znalazłem również zmian.

Rdzeń badałem na preparatach, barwionych sposobem Marchiego, Nissla, Weigert-Pala, van Giesona, karminem. Ani w komórkach, ani w istocie białej, ani też w korzeniach przednich lub tylnych nie znalazłem nic nieprawidłowego.

Z nerwów badałem: n. udowy (*femoralis*), n. strzałkowy (*peroneus*) przy główce kości strzałkowej; n. strzałkowy skórny (*peroneus superf*), n. łokciowy (*ulnaris*), n. środkowy (*medianus*).

[1]) Praca ta wyjdzie po niemiecku w przyszłym zeszycie »Arbeiten aus dem Institut für Anatomie u. Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Obersteiner«.

Na preparatach skubanych (Zupfpräparate), barwionych kwasem osmowym, widać bardzo wyraźne, choć niezbyt silne zwyrodnienie pni nerwowych kończyn dolnych. N. strzałkowy górny był najbardziej dotknięty. N. łokciowy i środkowy okazują zwyrodnienie nielicznych włókien nerwowych. Preparaty według Marchiego na przekroju poprzecznym i podłużnym, jakoteż skubane, barwione kwasem osmowym i podbarwiane karminem, potwierdzają w zupełności wynik poprzedniego badania.

Klinicznie przedstawia chora obraz psychozy Korsakowa, która jednak różni się od właściwego obrazu tej choroby wybitnem obniżeniem inteligencyi, czego nie można było uważać za upośledzenie pamięci. Podnieść też należy to, że siła ruchowa dolnych kończyn nie bardzo była zmniejszona, a dopiero dzień przed śmiercią były pnie nerwowe bolesne przy ucisku.

Wywiady są jednak niedostateczne, gdyż pochodzą one częścią z wywodu oględzin policyjno-lekarskiego, częścią z urywanych wzmianek chorej, podawanych w stanie na pół przytomnym. Pewnem jest jednak, że chora zaniemogła cięźej conajwięcej na 8 dni przed przyjęciem do szpitala, że więc cały przebieg aż do śmierci nie trwał dłużej, niż 16 dni. Ujemny wynik badania układu nerwowego ośrodkowego odnieść należy w tym przypadku z jednej strony do krótkiego przebiegu choroby, z drugiej zaś do nieznacznych tylko porażeń, które potwierdziło badanie histologiczne nerwów

Spostrzeżenie II.

Mężczyzna lat 35. Od lat 10 nałogowy pijak, był 12 razy w szpitalu z powodu obłędu opilczego *(delirium alcoholicum). Polyneuritis* od r 1896. Od tego czasu kilka nawrotów. Stan obecny dnia 8. IV. 1899: Silna bolesność uciskowa mięśni kończyn dolnych, porażenie palców, stóp i ruchów w stawie skokowym, niedowład w stawie kolanowym i biodrowym; brak odruchów kolanowych. 18. IV objawy ze strony n. przeponowego. 26. IV rano nagły zapad, wieczór śmierć. Znaczne zwyrodnienie nerwów obwodowych kończyn dolnych, wyraźne zmiany w komórkach rogów przednich.

Fryderyk N., lat 35, urzędnik Tow. ubezpieczeń, przeniesiony dnia 7. IV. 99. z III. oddziału chorób wewnętrznych do kliniki chorób umysłowych. Chorego znaliśmy bardzo dobrze, gdyż dwunasty już raz powracał na klinikę z powodu obłędu opilczego. Według podania jego gospodyni miało być w jego rodzinie kilku pijaków. Chory od śmierci ojca, t. j. od 10 lat, wypijał codziennie 2—3 litr. wina i wiele herbaty z rumem, nadto prowadził życie hulaszcze. Pierwszy raz w r. 94. dostał napadu padaczkowego. Kiłę przebył w r. 97.

Pierwszy raz przyjęto go do kliniki w dn. 7. XII. 94. z powodu stanu popadaczkowego, który miał mieć po raz pierwszy. Wszystkie następne pobyty w szpitalu były wskutek obłędu opilczego. Za szóstym razem (kwiecień 96) spostrzeżono po raz pierwszy brak odruchów kolanowych i niedowład kończyn dolnych. Chory skarżył się też wtedy na rwące bóle w obu kolanach. Badanie elektryczne wykazało powolne skurcze w zakresie nn. strzałkowych i goleniowych (*peroneus i tibialis*) przy bezpośredniem drażnieniu.

Za 7mym razem (luty 97) stwierdziliśmy następujący stan: Źrenice równe, oddziaływujące prawidłowo na światło i zbieżność; niedowładu mięśni twarzy niema. Kończyny górne wybitnie słabe, ręce prawie bezsilne, zgięcie grzbietowe niezupełne i bezsilne. W górnych kończynach nie można wykazać żadnych bólów samoistnych, ani też przy ucisku na pnie nerwowe. Czucie na kończynach prawidłowe. Ruchy tułowia utrzymane, choć ociężałe; zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki odchodowej niema. Czucie na tułowiu prawidłowe. Odruchu brzusznego brak. Zdolność płciowa, jak chory twierdzi, utrzymana.

Kończyny dolne: Gdy chory leży, stopa prawa znajduje się w ustawieniu kopytowem. Chory leży przeważnie w łóżku; przy chodzeniu potrzebuje silnego podpierania, gdyż boi się upaść, przyczem zaznacza się wyraźnie chód stembnowy (Steppergang). Bez podtrzymywania chodzi szeroko chodem wyraźnie stembnowym t. j. przy wykroku silnie zgina nogę w stawie biodrowym, podczas gdy podudzie i stopa wiszą wolno. Ten chód jest wybitniejszy po stronie prawej, niż po lewej. Przy badaniu siły mięśni z osobna okazuje się, że wszystkie gromady mięśni są wybitnie osłabione, w ogóle jednak po stronie prawej znaczniej, niż po lewej. Szczególnie zgina chory nogę w kolanie bardzo słabo i prostuje ją również słabo, jednak silniej, niż zgina. Zginanie stopy podeszwowe (Plantarflexion) wykonywa z dość znaczną siłą, zgięcie zaś grzbietowe stopy prawie bez siły. Palce nóg zgina po prawej stronie słabo, po lewej silniej. Stężenia (rigor) nie ma. Piętę lewą do kolana prawego zbliża chory zupełnie dobrze, zaś prawą do lewego z małemi wahaniami tuż przy kolanie (niedowład). Również i przesuwanie palcami nóg po narysowanym krzyżu nie wykazuje bezładu (*ataxia*), tylko nieznaczne nieprawidłowości z powodu niedowładu. Objętość mięśni łydki, szczególniej prawej, badana dotykiem, okazuje się o wiele mniejszą, niż na pozór zapowiada obwód łydki o obfitej podściółce tłuszczowej. Napięcie mięśniowe wogóle małe.

Chory nie miewa obecnie bólów samoistnych. Za uciskiem są mięśnie obu ud bolesne, w jeszcze wyższym stopniu mięśnie lewej łydki, a najbardziej mięśnie łydki prawej. Pnie nerwowe nie są za uciskiem zbyt bolesne. Odruchów kolanowych i stopowych brak, odruch podeszwowy ledwo zaznaczony. Czucie skóry na dotyk, ukłucia igłą i ciepłotę (dmuchanie i chuchanie), dalej poczucie ruchów biernych na kończynach dolnych niezmienione.

Chory opuścił zakład z polepszeniem, tak samo jak przy następnych nawrotach, ale już w listopadzie 97. powrócił w jeszcze opłakańszym stanie. W r. 98. był znów 3 razy w zakładzie leczony. Porażenia już nie ustąpiły.

Dn. 7. IV. 99. przyniesiono go po raz 12. do zakładu, silnie majaczącego. Chory przez dzień następny był przytomny i podaje, że od chwili opuszczenia zakładu dalej oddawał się pijaństwu, że po opuszczeniu zakładu tj. dn. 30. XI. 98. czuł się zupełnie dobrze i dopiero z początkiem marca 99 r. zachorował na osłabienie i bóle w nogach tak że się wkrótce musiał do łóżka położyć; od czasu do czasu miał majaczyć.

Stan układu nerwowego 9. IV. Źrenice, nieco rozszerzone, leniwo oddziaływują na światło, szybko na zbieżność. W zakresie nerwów mózgowych nie ma żadnych zboczeń. Ruchy rąk i palców prawie zupełnie niemożliwe, a ruchy w stawie łokciowym i barkowym bardzo nieznaczne i bezsilne. W kończynach dolnych palce nóg i ruchy w stawach skokowych zupełnie porażone, bardzo zaś znacznie osłabione w stawach kolanowych i biodrowych. Odruchów kolanowych brak. Mięśnie kończyn dolnych wogóle bardzo wiotkie, bardzo czułe na ucisk. Zboczeń w czuciu nie ma.

Badanie prądem elektrycznym wykazuje:

	Prąd przerywany	Prąd stały
Nerw sprychowy	niepobudliwy	niepobudliwy
mięśnie wyprostne ręki przy drażnieniu	pobudliwość bardzo osłabiona.	po lewej bardzo powolny skurcz, ASZ wybitniejszy niż KaSZ; po prawej powolne skurcze bez odczynu zwyrodnienia.
n. środkowy i łokc.	pobudliwość prawidłowa	szybkie skurcze
zginacze ręki	prawidłowa	po obu stronach powolne skurcze bez odczynu zwyrodnienia.
n. strzałkowy	po obu stronach niepobudliwy.	obustronnie powolne skurcze; KaSZ. >
n. goleniowy	po lewej pobudliwy przy silnym prądzie, po prawej niepobudliwy nawet przy najsilniejszym, jaki chory znosi.	po obu stronach niezbyt szybkie skurcze, po prawej trudniej dające się wywołać, niż po lewej.

	Prąd przerywany	Prąd stały
grupa mięśni n. strzałkowego	po lewej trudno pobudliwe, po prawej przy najsilniejszym prądzie niepobudliw.	po obu stronach powolne skurcze, po prawej powolniejsze, niż po lewej, trudne do wywołania.
mięśnie łydki	po obu stronach pobudliwe bardzo silnymi prądami, po prawej mniej, niż po lewej.	po prawej znacznie trudniej pobudliwe, niż po lewej; po lewej niezbyt szybkie skurcze, po prawej wyraźnie powolniejsze. KaSZ >

Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa zmian. Tętno 120› miarowe, dość małe, ciepłota 39°. Na klatce piersiowej nie ma żadnego nieprawidłowego stłumienia, tylko wysłuchać można drobne rzężenia.

18. IV. Silna duszność, przy każdym wdechu zapadanie się brzucha. 21. IV. Chory znów bezprzytomny, majaczy, silna duszność, nieznaczna sinica, obfite poty, porażenie kończyn i zapadanie się dołka podsercowego przy wdechu, jak dawniej. 25. IV. Zwiększanie się objawów. 26. IV. Zwiększający się zapad, a w nocy śmierć.

Sekcya (10 godz. po śmierci) wykazuje: *Incrassatio meningum et hydrocephalus int. chronicus in potatore; tuberculosis chron. pulmonis utriusque granularis, pleuritis obsoleta dextra, bronchitis purulenta diffusa cum atelectasibus pulmonum, cor adiposum; steatosis hepatis in adipositate universali, degeneratio parenchymatosa viscerum, oedema lig. ary-epiglottici dextri. Polyneuritis alcoholica.*

Wyniki badania drobnowidowego.

Mózg. Preparaty, zrobione według poprzednio wymienionych sposobów, nie wykazały nic nieprawidłowego.

Rdzeń. Preparaty, barwione sposobem Marchiego, Weigert Pala i van Giesona nie wykazały zmian. Inaczej jednak rzecz się ma z preparatami, sporządzonymi sposobem Nissla. Chodziło tu głównie o komórki w rogach przednich. Zupełnie prawidłowe, nieliczne komórki można było znaleść we wszystkich wysokościach, najwięcej w rdzeniu piersiowym, najwybitniejsze jednak zmiany w komórkach były w rdzeniu lędźwiowym tj. w tym odcinku, któremu odpowiadają najbardziej zmienione nerwy obwodowe. Zmiany tyczyły się przeważnie ciałek Nissla i położenia jądra. Prócz tego wiele komórek było zaokrąglonych z zanikłemi wypustkami. Ciałka Nissla nie zachowują swego zwykłego ugrupowania, które zaledwie gdzieniegdzie jest zaznaczone, są małe, bardzo słabo zabarwione, występują bardzo słabo z otaczającego, bezbarwnego podłoża i robią wrażenie drobnoziarnistej masy, która nadaje komórce zabarwienie mętne, prawie jednolite, blado niebieskie. Najlepiej stosunkowo zachowane ciałka Nissla znajdują się naokoło jądra które po największej części nie leży w środku, lecz często na samym obwodzie, tak że jego granice zlewają się z granicami komórki. Uderzającem jest wreszcie silne nagromadzenie barwika w pierwoszczy komórek.

Z nerwów badałem: n. przeponowy w części przebiegającej między opłucną a osierdziem; n. strzałkowy koło główki kości strzałkowej; n. strzałkowy powierzchowny z grzbietu stopy; n. udowy; n. łokciowy w części przebiegającej nad stawem nadgarstkowym. N. strzałkowy powierzchowny uległ największym zmianom. Przeważna część włókien nerwowych była zupełnie zwyrodniała, co najłatwiej można było stwierdzić na przekroju poprzecznym, barwiąc sposobem Marchiego. Trochę mniej był zwyrodniały nerw strzałkowy przy kolanie i łokciowy; tylko niektóre włókna okazywały grudki rdzenne (Markschollen). N. przeponowy niezmieniony.

Wogóle i w tym przypadku odpowiadał kliniczny obraz zmianom w nerwach. Jedynym wyjątkiem był nerw przeponowy. Znaczna duszność, która wystąpiła tydzień przed śmiercią, kazała przypuszczać zmiany w tym nerwie; jednak oczekiwanie to zawiodło. Mimo długiego trwania choroby nie można było w rdzeniu wykazać żadnych zmian, prócz zmian w komórkach, które zaledwie sposobem Nissla wykryć się dały. Dlatego też nic dziwnego, że dawniejsze piśmiennictwo podaje liczne ujemne wyniki badania w rozsianem zapaleniu nerwów *(polyneuritis)*.

Tu należy jeszcze dodać, że w tym przypadku, jak i w pierwszym, mimo istniejącej psychozy nie można było wykazać zmian w mózgu. (c. d. n.)

• • •

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego (Petersburg).

Porównawcze badania nad wartością piperazyny (Schering), lizydyny, uricedyny, urotropiny i dwuwęglanu sodowego w skazie moczanowej.

Podał

Dr. Witold Orłowski

Ordynator kliniki.

Leczenie skazy moczanowej w obecnym stanie wiedzy powinno odpowiadać dwom zadaniom: pierwsze polega na ograniczeniu ilości tworzącego się w ustroju kwasu moczowego, drugie w zwiększeniu jego rozpuszczalności. Pierwsze osiągamy najskuteczniej za pomocą dyetetycznego sposobu leczenia w najszerszem znaczeniu tego wyrazu, drugi cel usiłujemy urzeczywistnić przy pomocy wielkiej liczby nowych leków, które mają własność rozpuszczania złogów kwasu moczowego i tem przyspieszają wydzielenie się jego z ustroju. Do liczby tych ostatnich należą piperazyna, lizydyna, uricedyna, dwuwęglan sodowy i w ostatnich czasach polecona przez Nicolaiera urotropina. Co się tyczy czterech pierwszych środków, to obecnie posiadamy już o nich obszerną literaturę, osobliwie o piperazynie; autorowie poddali badaniu nietylko ich własność rozpuszczania kwasu moczowego i jego złogów, lecz i wpływ tych leków na wymianę materyi wogóle i na ilość kwasu moczowego w moczu w szczególności. Ramy czasopisma tygodniowego nie pozwalają mi przytoczyć w całej rozciągłości wyników, otrzymanych przez różnych autorów i poddać ich szczegółowej krytyce, co zresztą czytelnik znajdzie w mojej obszernej pracy o klinicznem zastósowaniu urotropiny. Tu muszę jednak nadmienić, że wszyscy autorowie bez wyjątku przyznają wodnym rozczynom piperazyny, a osobliwie lizydyny, silne własności rozpuszczania kwasu moczowego; natomiast, co się tyczy tej własności rozczynów tych przetworów w moczu, to zdania są podzielone: jedni z Mendelsohnem na czele twierdzą, że przy obecności nawet niewielkiej ilości moczu lub nieorganicznej soli (NaCl etc.) piperazyna, również i lizydyna, zupełnie tracą na swej własności; drudzy utrzymują, że, jakkolwiek ta własność zmniejsza się, zawsze jednak jest dość znaczna (Gordon etc.). Co się tyczy uricedyny, to wszyscy autorowie jednomyślnie twierdzą, że sama przez się nie jest zdolną rozpuszczać kwas moczowy, lecz po przejściu przez ustrój, według Mendelsohna, Krakauera, Spinedego, nabiera tej własności wskutek tego, że cytrynianowe jej połączenia alkaliczne przechodzą w ustroju w węglany i tem zwiększają zasadowość surowicy krwi i moczu. Nakoniec, co się tyczy urotropiny, to ta według zdania jednych autorów jest bezskuteczną i zaczyna rozpuszczać kwas moczowy tylko po przejściu przez ustrój (Löbisch); inni zaś utrzymują, że ona posiada tę własność tak sama przez się, jak przy dodaniu do moczu, osobliwie zaś w surowicy (Tunnicliffe i Rosenheim). Jednocześnie autorowie przytaczają do opisu każdego z tych

przetworów spostrzeżenia dodatniego ich wpływu w przypadkach skazy moczanowej.

Jak więc widzimy, w sprawie działania wszystkich tych przetworów w dnie panuje zupełna niezgodność zapatrywań. To się tłómaczy po pierwsze tem, że autorowie często nie odróżniają wpływu tych przetworów przy złogach kwasu moczowego w drogach moczowych od wartości ich w tychże złogach, lecz złożonych gdzieindziej w ustroju, naprz. w stawach. W samej rzeczy, już Mendelsohn wyjaśnił, że wszystkie środki proponowane, jako rozpuszczające kwas moczowy, tracą tę własność w obec moczu. Nie mówiąc już o tem, że niektóre z nich, naprz. piperazyna, rozkładają się częściowo w ustroju; fakt ten, mojem zdaniem, zależy od tego, że każdy z tych środków, przechodząc do moczu, znajduje w nim sporą ilość kwasu i jako zasada, podlega tu przedewszystkiem prawu Berthollетta, a więc najpierw wstępuje w związki chemiczne z chlorkiem, kwasem siarkowym i fosforowym, a następnie z kwasem moczowym; wskutek tego tylko bardzo nieznaczna ilość jego wytwarza łatwo rozpuszczalną sól kwasu moczowego. Będąc więc bezskutecznym w złogach kwasu moczowego w narządzie moczowym, środek ten jednak może mieć dodatnie działanie w tych złogach, gdy się znajdują np. w stawach lub innych narządach ustroju. Powtóre przeważna liczba autorów nie prowadziła porównawczych badań nad wymienionymi lekami, lecz o względnej ich wartości sądzi z doświadczeń innych autorów; podobna ocena jest mylną, jeśli sobie uprzytomnimy, że mniejsza lub większa zawartość w moczu kwasów i soli wpływa niewątpliwie na rozpuszczające kwas moczowy w moczu własności leku. To też przeprowadzenie podobnych badań na zupełnie jednorodnym materyale wydaje mi się bardzo pożądanem dla wyjaśnienia skuteczności wymienionych przetworów w skazie moczanowej.

Badania swoje prowadziłem przy t° 37,5° C z 0,5% rozczynami w wodzie i w moczu, pochodzącym od zupełnie zdrowych osobników. Okazało się, że z 0,5 grm. czystego kwasu moczowego, dodanego do 100 sz. ctm. 0,5% wodnego rozczynu środków badanych, po upływie 5 godzin przy 37,5° C do rozczynu przechodzi w uricedynie przeciętnie 0,025, w urotropinie 0,088, w sodzie 0,294, w piperazynie 0,405, w lizydynie (dodano 1 grm. kwasu moczowego) 0,9076 grm. kwasu moczowego wtenczas, gdy w 100 ctm. wody przekroplonej tylko 0,0078; po upływie zaś doby w uricedynie 0,0266, w urotropinie 0,09, w sodzie 0,295, w piperazynie 0,4934, w lizydynie 0,978, w wodzie 0,008 grm. Przy doświadczenisch z 0,5% rozczynami środków w moczu okazało się, że po 5 godzinach przy 37,5° C w 100 sz. ctm. lizydyny rozpuszcza się z 0,5 grm. kwasu moczowego przeciętnie 0,101, w piperazynie 0,043 grm. kwasu moczowego; w sodzie, uricedynie i urotropinie kwas moczowy nie tylko nie rozpuszczał się, lecz owszem — strącał się z moczu, w sodzie osad kwasu moczowego zwiększał się o 0,0095, w uricedynie o 0,031 grm., w 100 sz. ctm. czystego moczu o 0,042. Ztąd widzimy, że badane środki można ustawić w następującym porządku, zaczynając od silniej działających: lizydyna, piperazyna, soda, urotropina i uricedyna. Lecz ten porządek ma znaczenie naturalnie tylko dla zupełnie analogicznych rozczynów i zewnątrz ustroju, ponieważ niektóre z badanych środków podlegają w ustroju zmianom; naprz. po zażyciu 2 grm. piperazyny tylko 0,3 grm. jej wydziela się w stanie niezmienionym w moczu, więc tylko te 0,3 grm. mogą wstępować w związki z kwasem moczowym.

Po tych doświadczeniach przeszedłem do badań nad wartością tych przetworów w samym ustroju. Tu postępowałem w ten sposób, że u zupełnie zdrowych osobników zbierałem dobową ilość moczu i określałem, ile w 100 sz. ctm. przy 37,5° C rozpuści się w ciągu 5 godzin kwasu moczowego, sztucznie dodanego do moczu w ilości 0,5 grm.; potem zadawałem 1,5 grm. tego lub innego środka i znów powtarzałem poprzednie manipulacye. Przytoczę najpierw kilka doświadczeń z urotropiną:

Tablica 1.

NN. doświadczeń	Trwanie doświadczenia	W 100 sz. cm. moczu, wziętego z dobowej ilości, dodano 0·5 grm. czystego kwasu moczowego; po ukończeniu doświadczenia przy 37, 5 °C.	Ilość kwasu moczowego w moczu na dobę; (określono sposobem Hopkinsa).	Uwagi szczególne.
I	5 godz.	+ 0,035 grm.	1,08 grm.	Bez lekarstw: kontrolne doświadczenie.
	„	— 0,171 „	1,11 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
II	5 godz.	+ 0,032 grm.	1,2 grm.	Kontrolne doświadczenie.
	„	— 0,104 „	1,048 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
III	5 godz.	+ 0,027 grm.	1,115 grm.	Kontrolne doświadczenie.
	„	— 0,168 „	1,12 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
IV	5 godz.	+ 0,018 grm.	0,988 grm.	Kontrolne doświadczeuie.
	24 „	— 0,169 „	0,983 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.

+ i następująca liczba oznaczają, ile kwasu moczowego strąciło się z moczu; — ile kwasu moczowego z dodanej jego ilości 0,5 grm. rozpuściło się.

Dalsze doświadczenia wykazały, że urotropina po przejściu przez ustrój znacznie wzmaga się w swej własności rozpuszczania kwasu moczowego w moczu.

Po tych spostrzeżeniach postanowiłem zbadać, jaki wpływ wywiera urotropina na ilość wolnego kwasu moczowego. Jak wiadomo, E. Pfeiffer pierwszy wykazał, że przy przesączaniu moczu przez sączek, poprószony kwasem moczowym, kwas ten strąca się z moczu, wskutek czego waga sączka zwiększa się; u osobników zdrowych ilość wydzielającego się tak zwanego wolnego kwasu moczowego nie przewyższa 35% ilości jego, określonej sposobem Heintza, przy skazie zaś moczanowej może osiadać nawet wszystek kwas moczowy. Ten sam stosunek Pfeiffer przypuszcza u dnawych i we krwi. Naturalnie te leki, które zmniejszają ilość wolnego kwasu moczowego, będą pożyteczne przy skazie moczanowej, jako utrzymujące większą ilość kwasu moczowego w rozczynie. Rzeczywiście alkaliczne wody mineralne, które cieszą się ogólnem uznaniem w dnie (artrytyzmie), według badań Posnera i Goldenberga nie tylko sprowadzają do zera ilość wolnego kwasu moczowego, lecz nawet jeszcze rozpuszczają kwas moczowy z sączka. Toż samo ja otrzymałem w swych doświadczeniach z urotropiną; niestety, badania te były przeprowadzone tylko na zdrowych osobnikach (wskutek braku odpowiednich chorych). Przytoczę dwa z tych doświadczeń:

Tablica II.

NN. doświadczeń.	Przyprzesączaniu 100 sz. ctm. moczu z dobowej jego ilości przez 0,5 grm. czystego kwasu moczowego przy 37, 5°C	To samo przez 0,2 grm. kwasu moczowego	Ilość kwasu moczowego w moczu na dobę; (określono sposobem Hopkinsa).	Uwagi szczególne
I	+ 0,02 grm.	+ 0,018	0,995 grm.	Bez lekarstw: kontrolne doświadczenie
	— 0,138 „	— 0,1174	0,993 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.
II	+ 0,0305 grm	+ 0,028	1,098 „	Kontrolne doświadczenie.
	— 0,102 grm.	— 0,099	1,072 „	Po zażyciu 1, 5 grm. urotropiny.

Widzimy więc, że rozpuszczające kwas moczowy własności urotropiny po zażyciu jej zwiększają się, ilość wolnego kwasu moczowego nie tylko zmniejsza się, lecz nawet następuje rozpuszczanie się kwasu moczowego z sączka.

Ponieważ, jak widzieliśmy, urotropina sama przez się posiada bardzo niewielkie własności rozpuszczające względem kwasu moczowego, tracąc przytem znacznie na swej sile wobec moczu, więc przytoczone wyżej fakta mogą być wytłómaczone tylko z punktu widzenia zmian urotropiny w ustroju. Na innem miejscu już dowiodłem, że urotropina w ustroju częściowo rozkłada się i daje aldehyd kwasu mrówkowego, który, jak wykazał Löbisch i Pott, Weber i Tollens tworzy z kwasem moczowym bardzo łatwo rozpuszczalne związki; te związki są bardzo niestałe, jak twierdzą Weber i Tollens, co i sam spostrzegłem przy swych doświadczeniach. Tem właśnie odszczepianiem się formaldehydu należy tłómaczyć mojem zdaniem znaczne wzmocnienie, kwas moczowy rozpuszczających własności urotropiny po przejściu przez ustrój.

Co się tyczy reszty badanych przezemnie przetworów, to moje doświadczenia, aczkolwiek nieliczne, wykazały, że wpływ ich w dawce 1,5 grm., a uricedyny nawet 4,5 grm., sody 5 grm., na ilość wolnego kwasu moczowego i rozpuszczalność jego w moczu po zażyciu tych środków, jest tak słaby, że niemoże być brany pod uwagę przy tłómaczeniu dodatniego ich wpływu przy złogach kwasu moczowego w narządzie moczowym; dla zrozumienia sposobu ich działania w tych przypadkach należy szukać innego objaśnienia. Na dowód tego przytoczę jedno z moich doświadczeń:

Tablica III.

Uwagi szczególne	W 100 sz. ctm. moczu wziętego z dobowej ilości dodano 0,5 grm. czystego kwasu moczowego; po 5 godz. przy 3 75° C	Przy przesączaniu 100 sz. ctm. moczu z dobowej jego ilości, przy 37, 5° C. przez 0,5 grm. czystego kwasu moczowego.	To samo przez 0,2 grm. kwasu moczowego.	Ilość kwasu moczowego w moczu za dobę; określono sposobem Hopkinsa.
Kontrolne doświadczenie.	+ 0,035 grm.	+ 0,037	+ 0,0382	1,22 grm.
Po zażyciu 4,5 grm. uricedyny	+ 0,027 „	+ 0,031	+ 0,026	0,997 „
Po zażyciu 5 grm. natr. bic.	+ 0,024 „	+ 0,035	+ 0,032	0,898 „
Po zażyciu 1,5 grm. piperaz.	+ 0,0344 „	+ 0,034	+ 0,0356	0,984 „
Po zażyciu 1,5 grm. lizydyny.	— 0,0188 „	— 0,0193	— 0,0212	0,987 „

Nie mając sposobności zbadania działania wzmiankowanych leków u dnawych (artrytyków), postanowiłem doświadczeniami na zwierzętach rozstrzygnąć, czy są w stanie te przetwory rozpuścić w ustroju sztucznie wywołane złogi kwasu moczowego, a także przeszkodzić ich powstawaniu. Wszystkie te doświadczenia przeprowadziłem na gołębiach; używałem sposobu Ebsteina, tj. wstrzykiwaniami podskórnemi chromku potasowego w dawce 0,005 dziennie wywoływałem u nich ostre zapalenie nerek miąższowe (nephritis parenchymatosa acuta), wskutek czego kwas moczowy przeładowywał krew i wszystkie soki w ustroju i potem odkładał się na surowiczych błonach w postaci moczanu sodowego. Gołębie zwykle ginęły na 4—5 dzień. Jednocześnie z podskórnymi zastrzykiwaniami zadawałem innym gołębiom ten lub inny środek w dawce 0,25—0,5 codzień *per os* lub pod skórę; tylko uricedynę zadawałem w dawce 1 grm. Po śmierci gołębi robiłem sekcyę i jeżeli przytem nie dostrzegłem gołem okiem złogów moczanu sodowego, przygotowywałem w odpowiedni sposób preparaty z serca, wątroby i innych narządów i szukałem kwasu moczowego pod drobnowidem za pomocą próby mureksydowej. Wszystkich doświadczeń wykonałem 31. Okazało się, że żaden z tych środków nie jest w stanie ani przeszkodzić powstaniu, ani rozpuścić już wytworzonych przedtem złogów kwasu moczowego; tylko piperazyna okazała się skuteczną, lecz i przy jej stosowaniu znajdowałem zawsze złogi w drogach moczowych. Co prawda, ujemne wyniki otrzymane z uricedyną i urotropiną jeszcze nie mają decydującego znaczenia, ponieważ mogą zależeć od tego, że obydwa te środki nie zdołają przejść w chorym ustroju, jaki przedstawiały moje gołębie, swych zwykłych przemian, dzięki którym zyskują własność rozpuszczania kwasu moczowego.

Nie mam zamiaru utożsamiać zjawisk, które spostrzegałem u gołębi, ze skazą moczanową, lecz doświadczenia moje mają zdaniem mojem znaczenie, wskazując, że niektóre środki (piperazyna) mogą posiadać własność rozpuszczania kwasu moczowego nietylko w próbówce, lecz i w ustroju, zatem w daleko zawilszych warunkach. Bardzo możebne, że tej własności nie tracą one i w ustroju ludzkim względem złogów kwasu moczowego, znajdujących się nie w narządzie moczowym, ale w stawach i gdzieindziej. Z tego punktu widzenia byłyby zrozumiałymi liczne przypadki znacznego polepszenia w przebiegu miejscowych dnawych zjawisk, które spostrzegano po wpływem piperazyny.

Na podstawie wszystkich moich doświadczeń dochodzę do następujących wniosków:

1) Urotropina w rozczynach wodnych i sztucznie dodana do moczu przy 37,5° C. ma tylko nieznaczną zdolność rozpuszczania kwasu moczowego.

3) Urotropina, zażyta wewnątrz, zwiększa własność moczu rozpuszczania kwasu moczowego.

4) Działanie to zawdzięcza urotropina odszczepianiu się od niej w ustroju formaldehydu.

5) Związki formaldehydu z kwasem moczowym łatwo rozkładają się przy różnych manipulacyach.

6) W wodnych rozczynach przy 37,5° C. najsilniejszą własność rozpuszczania kwasu moczowego okazuje lizydyna, potem piperazyna, dwuwęglan sody, urotropina i uricedyna.

7) Piperazyna, dwuwęglan sody, uricedyna, również jak i urotropina, sztucznie dodane do moczu, nie wpływają na rozpuszczalność w nim kwasu moczowego.

8) Lizydyna, piperazyna, dwuwęglan sody i uricedyna, zadawane wewnętrznie, nie zwiększają rozpuszczalności kwasu moczowego w moczu i nie zmniejszają w moczu ilości wolnego kwasu moczowego.

9) Piperazyna przeszkadza powstaniu w ustroju ptaków złogów kwasu moczowego i rozpuszcza już przedtem wytworzone, nie wpływając zresztą na złogi w drogach moczowych.

10) Lizydyna, dwuwęglan sody, uricedyna i urotropina są pod tym względem zupełnie bezskuteczne.

Literatura.

1) Nicolaier. Ueber die therap. Verwendung des Hexamethylentetramin. Centralbl. f. die med. Wiss. 1894. N. 51. — 2) Nicolaier. Ueber die therap. Verwend. d. Urotropins. D. m. W. 1895. N. 36. — 3) Mendelsohn. Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösung bei gicht. Ablager. u. bei Concret. in den Harnwegen. Deut. med. Woch. 1895. N. 18. — 4) Gordon. A contribution to the study of piperazine. The Brit. Med. Journal. 1894. 16/VI. — 5) Mendelsohn. Zur Therapie der harnsauren Diathese. 1895. — 6) Krakauer. Die Gicht in ihren verschiedenen Formen etc. 1899. 2. Auflage. — 7) Spinedi. Die harnsaure Diathese und das Uricedin Stroschein. 1899. — 8) Löbisch. Bericht d. wissenschaftl. Aerztetages. in Innsbruck. Wien. kl. Woch. 1898. N. 12. — 9) Tunnicliffe und Rosenheim. Piperidin asa uric-acid solvant. The Lancet. 1898. 28/VII. — 10) E. Pfeiffer. Ueber Harnsäure und Gicht. Berl. kl. Wochenschr. 1892. — 11) Posner und Goldenberg. Zur Auflösung harnsaurer Concretionen. Zeits. f. kl. Medicin. 1888. B. XIII. Heft. — 12) Weber, Pott und Tollens. Ueber Verbindungen von Formaldehyd und Harnsäure. Bericht d. deut. chem. Gesellsch. 1897. Bd. XXX. S. 2514. — 13) Weber und Tollens. Ueber die Einwirkung von Formaldehyd auf Harnsäure. Liebigs Annal. d. Chem. 1898 Bd. 299. S. 340—346.

Wykaz całej odnośnej literatury znajdzie czytelnik w mojej rozprawie doktoryzacyjnej: »O bakteryobójczych i rozpuszczających kwas moczowy własnościach urotropiny i jej leczniczem zastosowaniu w nieżytach pęcherza moczowego.« (Petersburg 1900 r., po rossyjsku).

III. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał
Prof. Dr. Leon Wachholz.

VI—VII. Dwa przypadki powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo?

(Dokończenie).

VII. Dnia 10 IV. 1897 zawezwał Józef Stec, lat 60 liczący, zagrodnik w Woli kosmowej, Macieja Tomaszka, orzącego opodal do siebie. Wszedłszy następnie razem z nim do swej chaty, wskazał mu na ciepłe jeszcze zwłoki swej żony Katarzyny, liczącej lat 70, leżące na łóżku. Na stosowne zapytania Tomaszka opowiedział mu Stec, iż żona jego czuła się zrana słabą i prosiła go, aby on w przyległej kuchni ugotował śniadanie. Stosownie do jej życzenia miał się Stec oddalić z izby sypialnej, zostawiając żonę w łóżku. W pół godziny potem wrócił Stec napowrót do izby, niosąc śniadanie dla żony i oto oczom jego miał się przedstawić następujący widok: U żerdzi, zwisającej wzdłuż łóżka na 140 ctm. ponad posłaniem, przeznaczonej do zawieszania odzieży, była w części żerdzi, odpowiadającej nogom człowieka leżącego w łóżku, zawieszoną chustka perkalowa, używana do owiązywania głowy; dwa końce tej chustki miały obejmować żerdkę i miały być tuż ponad nią związane podwójnym węzłem babskim. Zwisająca część chustki, formująca rodzaj pętli, miała być szeroko rozpostartą, a w niej miała spoczywać szyja powieszonej Katarzyny, której nogi miały się częściowo opierać o posłanie. Ułożenie wiszących zwłok miało być półklęczące. Na wiadomość o nagłej śmierci Stecowej zeszli się w chacie Steca córki i zięciowie zmarłej z jej pierwszego małżeństwa i tu wyrazili swe przypuszczenia, iż zapewne ojczym matkę ich udusił, a to ze złości, iż przed sąsiadami wydała jego ostatnią kradzież. Z tego powodu przyszło nawet między Stecem a jednym z zięciów denatki do utarczki, w czasie której Stec, nie okazujący do tej chwili żadnych obrażeń, doznał dość licznych lekkich uszkodzeń ciała, między innemi niepowikłanego złamania dwóch żeber. Stec wypierał się tak przed świadkami, jak i przed żandarmem wszelkiej winy, zeznał natomiast, iż poprzedniego dnia pobił żonę pięścią i wypchnął ją z domu. — Śledztwo sądowe wykazało, że Stec bywał dla swej żony rubasznym i nieraz z nią się sprzeczał. Stecowa zaś była chorą, miała bowiem w okolicy lewej pachwiny przetokę kałową, a to od czasu, gdy ją przed laty miał własny jej mąż w to miejsce ugodzić rynką żelazną. Ani w przeddzień swej śmierci, ani przedtem, nie objawiała Stecowa przed córkami i zięciami myśli samobójczych. Córki denatki wyraziły swe przypuszczenia, iż matkę pozbawił życia własny jej mąż, opierając się z jednej strony na poprzednio wspomnianym fakcie, iż matka ich nigdy zamiarów samobójczych nie wyjawiała, z drugiej strony na tem, że nikt z świadków nie widział wiszących zwłok, albowiem Stec miał je zdjąć i położyć na łóżku jeszcze przed wezwaniem Tomaszka do chaty. Zdaniem córek i zięciów Stec udusił ich matkę na łóżku, za czem zdaniem ich przemawiała stwierdzona przez nich obecność ludzkiego kału na łóżku z boku zwłok, a nie między ich nogami. Dnia 16 IV. 1897 wykonano oględziny i sekcyę zwłok Katarzyny Stecowej, a protokół odnośny opiewa:

Zewnętrznie: 1) Zwłoki kobiety lat około 70 mieć mogącej, 1 m. 75 ctm. wysokie, miernie odżywione, wychudzone, odległość od szyi do kolan wynosi 94 ctm. 2) Na czole w okolicy gładyszki widać starcie przyskórka wielkości ziarna maku, na policzku lewym starcie przyskórka wielkości ziarna soczewicy strupem pokryte; przy przegrodzie nosowej po stronie lewej starcie przyskórka wielkości ziarna prosa strupem pokryte, na skrzydle nosowem lewem starcie przyskórka $1^1/_2$ ctm. długie, $^1/_3$ ctm. szerokie; na brodzie plamka czerwona wielkości ziarna soczewicy, powierzchowna. 3) Na skórze szyi od przodu z boków i na karku jednostajna plama sinoróżowa; takie same plamy są na plecach, na odnogach dolnych, jako objawy pośmiertne. 4) Na przedramieniu lewem podbiegnięcie krwi w skórze 2 ctm. długie, $^1/_2$ ctm. szerokie. 5) Na grzbiecie ręki lewej w pobliżu palca średniego widać zadraśnięcie 1 ctm. długie, w postaci rysy; na grzbiecie ręki prawej widać na przestrzeni 2 ctm. długiej 4 punktowate zadraśnięcia skóry zastrupione, wielkości ziarn prosa; na plecach po stronie prawej są 2 sińce krwią podbiegnięte, jeden wielkości ziarna soczewicy, drugi wielkości półcentówki. 6) Brzuch wydęty, pokryty plamą zieloną, pośmiertną. 7) W okolicy pachwinowej lewej widać tuż niedaleko kości łonowej wrzód jątrzący, podminowany. 8) Zewnętrznie na szyi od przodu nie widać żadnych starć.

Wewnętrznie: 9) Po rozcięciu skóry na głowie widać przekrwienie w ogłowiu. 10) Po odpiłowaniu czaszki, takowa jest gruba i nigdzie nie pęknięta. 11) Jamy mózgowe przekrwione, z zatok żylnych mózgowych wypływa obfita ilość krwi płynnej, ciemno-wiśniowej. 12) Mózg różowo zabarwiony, na przekroju okazuje liczne krople krwawe przekrwienia żylnego. 13) Po rozcięciu skóry na szyi nie widać nigdzie żadnych wybroczyn krwawych; gruczoły tarczykowe (!?) po obu stronach przerosłe, jako wole wielkości średnich jabłek. 14) Po rozcięciu krtani i tchawicy widać na błonie śluzowej tejże miazgę białawą, po zeskrobaniu której okazuje się błona śluzowa tchawicy mocno przekrwiona. 15) Po zdjęciu mostka widać w okolicy czwar-

tego żebra lewego silne przekrwienie i podbiegnięcie krwawe, przebiegające pod opłucną wzdłuż czwartego i piątego żebra lewego ku tyłowi. 16) Żebro czwarte lewe jest w odległości 1 ctm. od chrząstki żebrowej na zewnątrz złamane. 17) Płuca po otwarciu klatki piersiowej się nie zapadają, są na brzegach płatów wydęte, w tylnej stronie klatki piersiowej poprzyrastane do żeber; płuca na przekroju dość blade, wydzielają płyn pienisty, w tylnych częściach zaś są przekrwione silnie. 18) W lewej komórce serca znajduje się nieco krwi płynnej, ciemno-wiśniowej, komórka prawa jest próżna. 19) W żołądku znajduje się nieco śladów pokarmowych białych, takich samych, jak w krtani znaleźliśmy. 20) Kiszki cienkie i grube są pomiędzy sobą w wielu miejscach pozrastane wskutek dawno przebytego zapalenia otrzewnej. 21) Pętla jelita cienkiego jest w okolicy pachwinowej lewej w miejscu, gdzie zewnętrznie znaleźliśmy wrzód jątrzący, pod 7 opisany, — przyrośnięta do ściany brzusznej i komunikuje na zewnątrz z tym wrzodem zapomocą otworu, przez który wydobywa się treść kałowa z jelita. 22) Wątroba jest muszkatołowa na przekroju. 23) Śledziona i nerki prawidłowe. 24) Pęcherz moczowy próżny.

Orzeczenie.

Najbliższą przyczyną śmierci Katarzyny jest nagłe przerwanie przystępu powietrza do płuc, które nastąpiło wskutek silnego ugniecenia klatki piersiowej przez osobę drugą, przyczem i żebro złamane zostało; śmierć denatki nastąpiła więc z uduszenia, za czem przemawia krew płynna, ciemno-wiśniowa i balonowate wydęcie płuc, oraz przekrwienie błony śluzowej tchawicy i mózgu.

Wielkie jest prawdopodobieństwo, że śmierć nastąpiła wskutek gniecenia klatki piersiowej, nie zaś wskutek powieszenia, dlatego też możebnem jest, że denatka była już po śmierci powieszoną za szyję.

Ślady starć i sińców znalezione na ciele świadczą, że przed śmiercią denatka szamotała się z osobą drugą.

Ślady zapalenia otrzewnej, jakoteż i nienaturalny otwór ujściowy kiszki cienkiej, są objawem dawnego cierpienia, które przyczyniło się do ogólnego osłabienia denatki, a w pewnej części także do łatwiejszego sprowadzenia jej śmierci.

Ze względu na ważność przypadku sąd odniósł się do Wydziału lekarskiego o zdanie.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1) Obecność w ustroju denatki ciemnej, płynnej krwi dowodzi, iż Katarzyna Stecowa zmarła śmiercią nagłą, z uwagi zaś, że sekcya nie wykazała żadnych zmian takich, do których możnaby odnieść przyczynę tej nagłej śmierci, oraz z uwagi, że obok obecności ciemnej i płynnej krwi znaleziono narządy wewnętrzne, w szczególności mózg i jego opony w krew nader zasobne, należy przyjąć, iż Stecowa zmarła śmiercią nagłą z uduszenia.

2) Co do sposobu uduszenia, to ze stanowiska sądowo-lekarskiego nie przemawia nic przeciwko podaniu obwinionego, iż uduszenie to było wywołane powieszeniem. Wprawdzie nie znaleziono przy sekcyi na szyi denatki śladu powieszenia, tj. tak zwanej brózdy wisielczej, jednak jest wiadomem, iż brózda taka nie wytwarza się wcale na powłokach szyi, jeżeli pętla wisielcza, jak to w danym przypadku miało mieć miejsce, jest sporządzona z miękiej i szeroko rozpostartej chustki, zwłaszcza jeżeli zwłoki wcześnie z pętli zostaną zdjęte.

Niema podstawy do przypuszczenia, iż denatkę powiesił jej mąż, gdyż doświadczenie lekarskie poucza, iż morderstwo przez powieszenie możliwem jest tylko w wyjątkowych okolicznościach, a w każdym razie wywołaćby musiało szereg obrażeń tak na zamordowanej osobie, jako też i na sprawcy, jako ślady walki i obrony. Zeznania zaś świadków wykazują, iż obwiniony między chwilą śmierci żony a jego pobiciem przez zięcia denatki nie okazywał żadnych obrażeń. Co się zaś tyczy obrażeń, stwierdzonych na ciele denatki, to są one tego rodzaju, iż obecność ich nie dowodzi wcale powieszenia denatki ręką zbrodniczą.

4) Z zupełną stanowczością można wykluczyć śmierć z uduszenia przez ugniecenie klatki piersiowej, gdyż ugniecenie takie, aby śmierć przez uduszenie sprowadzić mogło, musiałoby wywołać u osoby w podeszłym wieku z kruchemi i łatwo łamliwemi kośćmi złamanie całego szeregu żeber, a nie złamanie niepowikłane tylko jednego żebra.

5) Wogóle nie przemawia nic przeciw przypuszczeniu, iż obrażenia znalezione na ciele denatki powstały na krótki czas przed jej śmiercią, być może wśród bójki z mężem, o której tenże wspominał. Obrażenia te każde z osobna, oraz łącznie wzięte, stanowią lekkie uszkodzenie ciała z 2 tygodnie trwającem naruszeniem zdrowia.

6) Co się tyczy pytania, jakie znaczenie ma znalezienie kału ludzkiego na łóżku, Wydział zaznacza, że nie przedstawia ono nic charakterystycznego dla żadnego rodzaju śmierci, gdyż w agonii niejednokrotnie można zauważyć mimowolne oddanie kału, w danym zaś przypadku tem łatwiej, ile że denatka była dotknięta przetoką kałową, z której kał mógł się każdej chwili swobodnie wydobywać.

Sumiennie przeprowadzoną sekcyę zwłok w pierwszym przypadku, bardzo dokładny i ściśle przedmiotowy wywód oględzin uwieńczyło trafne i zgodne z stanem nauki orzeczenie obducentów, które też Wydział lekarski w zdaniu swem potwierdził w całej osnowie. A nie był to przypadek zbyt łatwy do oceny, ile że nie brakło ubocznych okoliczności, które zdolne były mniej wprawnych znawców skłonić do innego, mniej usprawiedliwionego a dla obwinionego niekorzystnego orzeczenia. Jeżeli bowiem prokuratorya państwa dopatrywała się w dwóch tych szczegółach, jak 1) braku igliwia na ubraniu denatki i 2) braku zwalania podeszew jej pończoch, dowodów popełnionej zbrodni, to szczegóły te mogły tak owładnąć umysłem znawców, iż mogli się oświadczyć za przypuszczeniem zbrodni. Obducenci jednak nie zadowolnili się i nie poprzestali tylko na tych szczegółach przy ocenie przypadku, lecz wzięli pod rozwagę równocześnie wynik dokładnych swych poszukiwań przy sekcyi oraz doświadczenie naukowe. W ten sposób pojmując swe zadanie, doszli do jedynie trafnego w danym przypadku rozpoznania, a zarazem złożyli dowód, iż są znawcami sumiennymi w badaniu, krytycznymi i biegłymi w sądach.

Z wielkiem uznaniem podnieść wypada wstrzemięźliwość w rozpoznaniu powieszenia, o którem wyrażają się znawcy tylko z wszelkiem prawdopodobieństwem, jako o przyczynie śmierci. Pod tym względem nie dali się oni uwieść szczegółom stwierdzonym przy sekcyi, jak siatkowatemu nastrzykaniu naczyń w powierzchownych warstwach skóry szyi w miejscu bruzdy (które zdaniem Schulza[1]) przemawia za powstaniem bruzdy za życia, jeżli się znajdzie w bladych zresztą i nie przekrwionych opadowo powłokach), lub też wynaczynionkom w bruździe i na tylnej powierzchni gruczołu tarczykowego, gdyż zmiany te w istocie nie stanowią jeszcze dowodu uciśnięcia szyi, wywartego pętlą za życia, tem samem dowodu powieszenia człowieka za życia. Brak wreszcie wykazalnych śladów jakiegokolwiekbądź gwałtu,

[1]) *Vierteljahrschr. f. gericht. Med.* 1896. Tom XI i XII.

zadanego ręką drugiej osoby, podyktował znawcom całkiem słusznie oświadczenie się za samobójstwem.

Mniej szczęśliwymi, a raczej mniej krytycznymi, byli rzeczoznawcy obducenci w drugim powyżej podanym przypadku powieszenia. Brak bruzdy na szyi denatki wstrzymuje ich od przypuszczenia powieszenia za życia, złamanie zaś jednego żebra u podeszłej wiekiem osoby skłania ich do oświadczenia się za uduszeniem zbrodniczem przez uciśnięcie klatki piersiowej. Temu niefortunnemu tłómaczeniu przyczyny śmierci słuszną daje odprawę orzeczenie Wydziału lekarskiego. Jeżeli bowiem przeciw przypuszczeniu powieszenia zdawał się przemawiać brak bruzdy wisielczej na szyi denatki, to tylko pozornie, gdyż wiadomo, że bruzda może być niedostrzegalną i nie istnieć wcale, jeźli pętla wisielcza była z materyału miękiego, była szeroka, jeźli zwłoki nie zwisały całym, lecz tylko częścią swego ciężaru, wskutek częściowego podparcia nóg, kolan itd. i wreszcie, jeźli zwłoki wisiały tylko przez krótki przeciąg czasu. Gdy w rzeczonym przypadku wszystkie te okoliczności miały mieć miejsce, zwłoki denatki bowiem miały wisieć na szeroko na szyi rozpostartej miękiej chustce i miały stopami dotykać posłania łóżka, wreszcie miały wisieć conajwyżej przez pół godziny, przeto nie można było spodziewać się istnienia bruzdy na szyi, a choć w braku bruzdy nie było żadnych innych danych do przypuszczenia powieszenia, to jednak z drugiej strony nie były żadnych danych do zaprzeczenia podaniom obwinionego, iż denatkę znalazł wiszącą nad łóżkiem. Przypuszczenie powieszenia łączyło się w dalszym ciągu z przypuszczeniem samobójstwa, albowiem brak obrażeń na ciele denatki i obwinionego, któreby przemawiały za gwałtem i stawianym mu oporem, nie dawał podstawy do przyjęcia zbrodni. Stwierdzone zaś przy sekcyi złamanie jednego żebra nie wystarczało przez wzgląd na podeszły wiek denatki a wskutek tego i na istniejącą w tych razach kruchość kości wogóle, tem samem i żeber, do przypuszczenia kolankowania i śmierci z ugniecenia, t. j. unieruchomienia klatki piersiowej.

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.

O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.).

(Ciąg dalszy).

Krwawienia szyjki, jak już zaznaczyłem, nieodpowiednio leczone, mogą być źródłem znacznych krwotoków, a zależnie od wysokości pęknięcia szyi będą to krwotoki albo wyłącznie zewnętrzne, albo też zewnętrzne i wewnętrzne. Jeżeli pęknie tylko dolny odcinek szyi, natenczas krew musi spływać ku dołowi. Jeżeli zaś w pęknięciu bierze udział i odcinek szyjki powyżej sklepień umieszczony, wtedy prócz krwotoku zewnętrznego nastąpi wylew krwi także w tkankę omaciczną i da powód do wytworzenia się krwiaka międzyblaszkowego. Przeoczone pęknięcie szyjki może dać również powód do krwotoków poporodowych późnych, a to w ten sposób, że zaraz po porodzie skrzepy mogą zatkać światło przedartych naczyń, skrzepy te jednak łatwo mogą się usunąć i wtedy musi z otwartych naczyń powstać krwotok w późniejszych okresach połogu. Przed kilku miesiącami spostrzegałem w klinice krwotok, powstały w godzinę po porodzie, a miał on swe źródło jedynie w pęknięciu szyjki.

Nie przy każdem jednak pęknięciu szyjki, a nawet nie przy każdem jej przecięciu musi być znaczniejsze krwawienie, a zależeć to będzie od tego, ile i jakie gałązki naczyniowe będą naruszone. Na dowód przytoczyć mogę przypadek, który spostrzegałem w klinice jeszcze jako student w roku 1895/6. Odnosi się on do przypadku drgawek porodowych u wieloródki J. K. l. 27 liczącej. l. p. k. 240. U tej chorej dla ukończenia porodu kleszczami wysokiemi rozcięto wysoko szyjkę według Dührssena; bezpośrednio po rozcięciu szyjki założono kleszcze i urodzono płód. Krwawienia, mimo tak wysokich zranień szyjki, nie było żadnego.

Przy rozległych nawet zranieniach szyi może nie być również znaczniejszego krwotoku, a to tylko z tego powodu, że w pochwie tworzą się duże skrzepy, które na sposób tamponów ugniatają zranienie szyjki i w ten sposób wstrzymują dalsze krwawienie.

Pęknięcia szyjki, jak z powyższego zestawienia statystycznego wynika, częściej przydarzają się u wieloródek, rzadziej u pierwiastek. Objaw ten odnieść należy do tego, że u wieloródek częściej w ogóle dokonywa się zabiegów operacyjnych przy porodach, zwłaszcza obrotów, prócz tego wręby i blizny po naddarciach z poprzednich porodów usposabiają do wysokich pęknięć szyi.

Dalsze krwotoki, zależne od urazu porodowego, będą to krwotoki z pochwy. Zdarzają się one dosyć często, zwykle jednak nie dają powodu do zbyt obfitych, a zwłaszcza zbyt gwałtownych krwotoków. Krew, wylewająca się z pęknięć pochwy, może albo dostawać się na zewnątrz, albo dostaje się między tkanki i daje powód do powstania krwiaków pochwowych *(thrombus vaginae).* W jakich warunkach i jak często się one przydarzają, to najlepiej powie zestawienie VI.

Tablica VI.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
			Rok 1893/4.	
9	17	I	kleszcze nizkie	
57	21	I	pomoc ręczna	
			Rok 1894/5.	
33	32	I	obrót	
57	32	I	kleszcze wysokie	
125	27	I	kleszcze nizkie	
133	28	II	pomoc ręczna	
			Rok 1895/6.	
12	21	I	kleszcze nizkie	
40	17	I		
72	27	I	kleszcze nizkie	
82	18	I		
84	21	I		
120	30	I	kleszcze wysokie wymóżdżenie	
199	20	I		

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
38	21	I	kleszcze nizkie	
287	30	I	kleszcze wysokie	
339	28	I		
346	22	I		
R o k 1896/7.				
5	19	I		
65	23	I	wymóżdżenie	
162	20	I	kleszcze nizkie	
169	21	I		
190	22	I		
191	23	II		
197	25	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
198	23	I		
212	32	I		
246	24	VI		żylaki w pochwie
285	29	I		
R o k 1897/8.				
20	23	I	kleszcze nizkie	
42	22	I		
53	23	I	obrót	
129	28	I	kleszcze nizkie	
135	26	I	wymóżdżenie	
235	39	VII	kleszcze wysokie	
R o k 1898/9.				
133	24	VI		
140	32	I		
183	30	I		
199	35	III	wymóżdżenie	
237	27	I		
241	31	II	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
R o k 1899.				
11	29	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	

W zestawieniu tem przedewszystkiem uderza to, że przedarcie pochwy najczęściej przydarza się u pierwiastek, gdzie pochwa jest wązka, a zwłaszcza u pierwiastek starszych, gdzie prócz wązkości pochwy istnieje również znaczna jej niepodatność. Porody operacyjne u pierwiastek usposabiają także do pęknięć pochwy, to zupełnie jest jasnem, gdyż i poród operacyjny nie może postępować tak wolno i tak łagodnie, jak poród fizyologiczny; ściany pochwy nie mają więc ani czasu, ani sposobności przystósować się odpowiednio do warunków. Jako dosyć ciekawy czynnik przyczynowy pęknięcia pochwy przytoczę przypadek, który wydarzył się przed kilku dniami w klinice. Odnosi się on do chorej l. p. k. (27) 84 z r. 1900, u której nowotwór trąbki wyłuszczano drogą jamy brzusznej. Ponieważ guz trąbkowy był wklinowany do miednicy małej obok macicy w 3. miesiącu ciąży, postanowiono unieść treść miednicy małej przez założenie balona do pochwy. Założono też z uwagi, że była to kobieta, która już trzy razy rodziła, a obecnie była również w ciąży, kolpeurynter o pojemności 600 grm., nie przypuszczając, by dla kolpeuryntera wypełnionego rozpulchniona ciążą pochwa odpowiednio nie rozciągnęła się. Skoro po operacyi usunięto kolpeurynter, zauważono dosyć silne krwawienie z części rodnych. Badaniem stwierdzono, że pochodzi ono ze znacznego naddarcia bocznej ściany pochwy, zajmującego całą jej długość.

Najczęściej pęknięcia pochwy przydarzają się po kleszczach i to tak nizkich, w statystyce klinicznej 8 razy, jak i wysokich — 7 razy; z kolei idzie wymóżdżenie — 4 razy, obroty i wydobycie płodu — 4 razy. Po porodach fizyologicznych notowano pęknięcie pochwy w statystyce klinicznej 19 razy.

Jako źródło krwawień przedstawię w dwóch zestawieniach VII. i VIII. krwawienia, powstałe wskutek pęknięcia żylaków sromu i przedsionka, jakoteż krwawienia z okolicy łechtaczki i okolicy ujścia cewki moczowej. Tablica VII przedstawia krwawienia z żylaków, tablica zaś VIII z reszty wymienionych miejsc. Obie te gromady zwykle łatwe są do rozpoznania i leczenia, gdyż dostęp do nich jest bardzo łatwy; chodzi tylko o to, aby o nich zawsze pamiętać, a wtedy rozchylenie warg i oczyszczenie sromu wystarczy do odnalezienia źródła krwotoku.

Tablica VII.

R o k 1893/4.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
R o k 1894/5.				
35	22	I		
107	22	I		
R o k 1895/6.				
117	22	I		
190	33	II		
210	18	I		
R o k 1896/7.				
134	34	V	obrót	
152	24	I	obrót	
R o k 1897/8.				
R o k 1898/9.				
37	33	IX	obrót	
150	25	II		
159	21	I		

Tablica VIII.

R o k 1898/4.

208	23	I	kleszcze wysokie	
R o k 1894/5.				
17	21	I	pomoc ręczna	
63	45	VI	obrót	
347	25	I		

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
			Rok 1895/6.	
115	25	I	kleszcze nizkie	
120	30	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
281	20	I		
			Rok 1896/7.	
98	33	VII	obrót	
169	21	I		
232	28	I		
257	32	II		
289	26	II		
			Rok 1897/8.	
28	37	I	kleszcze nizkie	
140	35	I	kleszcze wysokie	
			Rok 1898/9.	

Z zestawień powyższych wynika, że krwawienia te pojawiają się u pierwiastek dosyć często przy porodach prawidłowych, u wieloródek zaś prawie wyłącznie tylko po porodach operacyjnych.

Skoro zestawiłem już, skąd krwotoki w trzecim okresie porodowym pochodzić mogą, skoro wykazałem, jak często i w jakich warunkach się przydarzają, przedstawię obecnie ich leczenie, opierając się znowu na statystyce klinicznej. Naturalnie, zanim pomyślimy o jakiemkolwiek leczeniu, musimy sobie dokładnie zdać sprawę, skąd krwotok pochodzi, gdyż każdy ze wspomnianych rodzajów krwotoku wymaga swoistego leczenia.

Najpierw odpowiem na pytanie, jak leczymy krwotoki, spowodowane częściowem tylko odklejeniem się łożyska. Czy im w ogóle można zapobiedz? Niema wprawdzie sposobu, aby zupełnie zapobiedz można tym krwawieniom, ale z wszelką pewnością przydarzają się one tem rzadziej, im bardziej wyczekująco zachowywać się będziemy w przebiegu trzeciego okresu porodu. Bardzo często niepotrzebne ciągłe gniecenie macicy, zwłaszcza podczas jej rozkurczu, przyczyni się, a nawet wywoła wprost krwawienie w tym okresie.

Ponieważ odklejanie się łożyska zależy tylko od skurczów macicy, przeto skoro powstanie krwotok, całem naszem staraniem powinno być czuwanie nad skurczami macicy. Do skurczu pobudzają macicę mięsienie jej, lub okłady lodowe. Dopiero gdy skurczów dobrych, wystarczających do odklejenia łożyska, w ten sposób sprowadzić się nie uda, a obfity krwotok utrzymuje się, zniewoleni jesteśmy uciec się do wygniecenia łożyska według sposobu Crédégo; a gdy i to nie doprowadzi do celu — do wyjęcia łożyska ręką. Przed zabiegiem Crédégo należy zawsze pamiętać o pęcherzu moczowym i wypróżnić go przed zabiegiem.

Sporyszu przed odejściem łożyska nie należy jeszcze podawać, gdyż może on sprowadzić skurcz ujścia wewnętrznego, a przez to uniemożliwić wydalenie na zewnątrz łożyska już odklejonego. Naturalnie, że tak działając nie usunie się krwawienia, ale się je jeszcze zwiększy, gdyż macica nie może się swej treści pozbyć, a przez to i odpowiednio skurczyć.

Statystyka kliniczna wykazuje, że tak zabieg Crédégo, jak i wyjęcie łożyska, nie najrzadziej robiono. Nie we wszystkich jednakże przypadkach jedynym bodźcem do tych zabiegów był krwotok z powodu częściowego odklejenia się łożyska w okresie trzecim, bo albo trudno było określić, skąd w ogóle krwotok pochodzi, a przeto trzeba było łożysko wydalić, by rozpoznać miejsce krwawienia, albo też zabiegi te wykonywano wyłącznie prawie w tym celu, by macicę jak najprędzej opróżnić po bardzo ciężkich porodach operacyjnych, gdzie istniała obawa zakażenia lub też tam, gdzie zakażenie już stwierdzono. W tych przypadkach opróżniano macicę, by jej wnętrze jak najprędzej odkazić.

Jak działano w klinice w trzecim okresie, wykaże następujące zestawienie IX.

Tablica IX.

Rok	Mięsienie	Zabieg Crédégo	Wydobycie ręczne
1893/4	1	—	6
1894/5	—	1	6
1895/6	—	7	10
1896/7	3	10	3
1897/8	2	5	1
1898/9	2	5	1
1899	—	—	—

Z zestawienia powyższego wynika, że wyjęcie ręczne łożyska robiono w ogóle w ciągu 6 lat 27 razy, a z pewnością w połowie z tych przypadków nie tylko samo krwawienie było powodem, że się do tego zabiegu uciekano. Uderza również mała cyfra wykazanych zabiegów Crédégo; wynika to z wszelką pewnością z tego, że zabieg ten, jako drobny, nie we wszystkich przypadkach notowano tam, gdzie był użyty.

Z kolei postawię sobie pytanie, jak należy się zachować wobec krwotoku atonicznego po skończonym III okresie porodu? Przedewszystkiem, zanim pomyślimy o leczeniu jakiemkolwiek, należy wziąść pod uwagę, czy nie można też w pewnych przypadkach zapobiedz powstaniu krwotoków atonicznych, a w każdym razie, czy możebną jest rzeczą do ich powstania się nie przyczynić.

Otóż rzeczywiście można przynajmniej starać się ich uniknąć, a to przez odpowiednie postępowanie w okresie trzecim i przez odpowiednie leczenie przypadków tych porodów, gdzie krwotoków atonicznych można się obawiać.

W naszej klinice postępowanie z łożyskiem jest w całej pełni wyczekujące; w pierwszym rzędzie wykluczamy wszelkie niepotrzebne nacieranie macicy, a ręka, położona od czasu do czasu na macicę, bada tylko, jaki jest jej stan. Nie można przecież żądać, by macica była w ciągłym skurczu; jest ona mięśniem, przeto raz się kurczy, za chwilę zaś musi się rozkurczyć. Na odejście łożyska w klinice czekamy do dwóch godzin, dopiero po upływie tego czasu łożysko usuwa się albo metodą Crédègo, albo też ręcznie.

Jeżeli krwotok atoniczny mimo wszelkich ostrożności się pojawi, to przedewszystkiem starać się należy macicę pobudzić do skurczu przez jej mięsienie. Skoro przy zastosowaniu mięsienia macica poczyna się kurczyć, wtedy należy

ją chwycić ręką podobnie, jak przy wygniataniu łożyska sposobem Crédégo, by wydalić nagromadzone w jamie macicy skrzepy. Jest to koniecznem, gdyż jak długo treść obca jest w jamie macicy, tak długo dobry skurcz macicy jest niemożliwym. Równocześnie z użyciem mięsienia macicy podaje się chorej większą dawkę sporyszu, 2—3 grm., wewnętrznie, albo też ergotynę podskórnie, w ilości 1—2 grm. Zanim naturalnie przystępuje się do leczenia niedowładu macicy, trzeba mieć tę pewność, że w jamie macicy nie pozostało nic z utkania łożyskowego, ani też łożysko dodatkowe. Jeżeliby zaś miały uniemożliwiać dobry skurcz macicy nagromadzone w jamie skrzepy, to należy je przedewszystkiem ręcznie usunąć, jeżeli się nie dały z macicy wygnieść zabiegiem zewnętrznym.

Silniej od mięsienia zewnętrznego działa tak zwane mięsienie skombinowane. Sposobu tego dokonywa się w ten sposób, że jedną rękę, należycie odkażoną, wprowadza się do tylnego sklepienia, drugą kładzie się od zewnątrz na macicę i w ten sposób mięsi się macicę między obiema rękami.

Bardzo dobrze i pewnie wstrzymuje krwotoki schwycenie brzegów ujścia zewnętrznego kleszczykami Museuxa i silne ściągnięcie macicy ku dołowi. Sposobu tego można użyć przy każdem krwawieniu z macicy, choćby tylko w ten sposób chciało się zyskać na czasie dla przygotowania odpowiednich narzędzi i przyborów, jak to kilkakrotnie w klinice robiono przy pęknięciach szyjki, zanim zdołano przygotować wszystko do jej zeszycia. Przez silne ściągnięcie macicy ku dołowi naczynia, doprowadzające krew do macicy, ulegają znacznemu zagięciu, a przez to dopływ krwi znacznie bywa zmniejszonym.

W klinice spostrzegano to wybitne działanie ściągnięcia macicy w dwóch przypadkach: jeden przypadek dotyczył chorej, otrutej fosforem (l. p. k. 86 (181) z 1896), u której wszelkie środki, a więc i tamponada, użyte dla wstrzymania krwotoku atonicznego po porodzie, okazały się bezskutecznemi i gdzie z tego powodu musiano wyłuszczyć macicę. Skoro tylko dla dokonania pierwszego aktu ekstyrpacyi ściągnięto macicę, natychmiast krwotok ustał.

Drugi raz spostrzegałem, jak mały był krwotok w przypadku wyłuszczenia macicy rakowatej, bezpośrednio po cięciu cesarskiem pochwowem (l. p. k. 15 (219) z r. 1898), dzięki jedynie tylko silnemu ściągnięciu macicy ku dołowi.

Często krwotoki z niedowładu macicy bywają wprawdzie niezbyt obfite, ale natomiast bardzo uporczywe. Nieraz trzeba kilka godzin z rzędu kontrolować ręką od zewnątrz stan macicy, gdyż z każdym rozkurczem występuje mierne krwawienie. Krwawienie takie z łatwością wstrzymuje mięsienie macicy. W tych przypadkach dobrze macicę pobudza do skurczów lód, ułożony na powłokach brzusznych.

Jeżeli mięsienie macicy nie prowadzi do celu, natenczas można zastósować drażnienie macicy od wnętrza, a to przez wystrzykiwanie jej jakimś słabym rozczynem płynów antyseptycznych, z wyłączeniem sublimatu. Wystrzykiwania te robi się albo rozczynami o nizkiej ciepłocie (kilku stopni), albo też płynami o wysokiej ciepłocie, do 40° R. Przestrzykiwania te działają najlepiej, jeżeli ciepłota rozczynu, którym się przestrzykuje, szybko się zmienia, to znaczy, gdy się przestrzykuje raz rozczynem o ciepłocie kilku stopni, za chwilę znowu o ciepłocie 35—40° R.

Zdarzają się przypadki, gdzie mimo zastósowania wymienionych środków skurczu dobrego macicy osiągnąć się nie uda. W takich przypadkach można drażnić macicę w ten sposób, że jedną rękę wprowadza się do jamy, drugą zaś mięsi na niej rozpięty mięsień maciczny. Drażnienie takie macicy jest bardzo silne.

W rzadkich przypadkach wszystkie te środki zawodzą, — niedowład trwa; w takich razach trzeba się uciec do szczelnej tamponady jamy macicznej dobrze wypraną gazą jodoformową. Jakkolwiek w rzeczywistości rzadko kiedy potrzebne jest tamponowanie macicy przy jej niedowładzie, mimo to ten właśnie sposób leczenia często znajduje zastósowanie w praktyce. Tłómaczyć sobie to należy tem, że albo lekarz nieoswojony ze znacznymi krwotokami natychmiast chwyta się środków najenergiczniejszych, albo też nie jest w możności z powodu niekorzystnych warunków zachować się bardziej wyczekująco. Nie jest to jednak zupełnie właściwem.

Tamponady macicy połogowej należy wprost unikać, bo po pierwsze, może się ona łatwo przyczynić do zakażenia, po drugie, przeciwdziała dobremu kurczeniu się macicy, jako ciało obce. Po wydobyciu tamponów może ponownie powstać krwotok atoniczny, a w podobnym przypadku staniemy po odtamponowaniu na tem samem miejscu, na którem byliśmy, rozpoczynając leczyć krwotok atoniczny.

Na tem miejscu wspomnę o krwotokach, gdzie nawet tamponada macicy zupełnie nie prowadzi do celu; są to przypadki krwawiączki (*haemophilia*) i otruć fosforem. Przy tych schorzeniach życie rodzącej uratować można jedynie przez doszczętne wyjęcie macicy drogą pochwy.

Przytoczę obecnie zestawienie X, świadczące, jak w klinice postępowano przy krwotokach z niedowładu macicy.

Tablica X.

Rok	Mięsienie	Sporysz	Przestrzykiwanie zimne i gorące	Tamponada macicy
1393/4	6	6	4	4
1894/5	6	10	4	3
1895/6	10	12	7	2
1896/7	10	13	6	5
1897/8	5	6	3	—
1898/9	8	11	7	2
1899	—	—	2	—

Na ogólną liczbę 70 krwotoków atonicznych użyto tamponady macicy 16 razy, a i w tych 16 przypadkach cztery razy prócz niedowładu macicy notowano pęknięcie szyjki; zachodzi przeto pytanie, czy w tych ostatnich przypadkach nie tamponowano raczej z powodu wysokiego pęknięcia szyi, niż dla niedowładu macicy? (dok. n.)

V. Wyciągi.

Ph. F. Becker. **Przypadek drżączki neurastenicznej po urazie.** (*Münch. med. Wochenschft* Nr. 10. 1900). U osobnika od dzieciństwa nerwowego wystąpiła po urazie ogólna prawie drżączka, zmniejszająca się lub zwiększająca zależnie od jakiegokolwiek wzruszenia. Typ drżenia stały, przyspieszający się do pewnego *maximum*, to znów równomiernie zwalniający, przyczem długość pojedynczych wychyleń z czasem ich trwania mijała się. Obok drżenia języka, częste skurcze mięśni twarzy; odruchy kolanowe silnie

wzmożone, stopowy lewy zaznaczony; chód niepewny, potykający się; na prawej nodze ustać chory nie może; mowa monotonna, zacinająca się. W pierwszej chwili drżenie głowy i kończyn górnych przy skrzywionej nieco postawie przypominało drżączkę poraźną, gdy tymczasem chód chorego, mowa, drżenie języka, wzmożenie odruchów kolanowych, odruch stopowy, zwiększanie się drżenia przy ruchach, czyniły obraz choroby podobnym do stwardnienia rozsianego. Rozpoznanie różniczkowe musiało objąć i histeryę, do której rozpoznania brakło jednak zaburzeń w czuciu, zwężenia pola widzenia, a wreszcie przerwy jakiejś między urazem, a pojawieniem się drżenia, które wystąpiło tu zupełnie bezpośrednio. Drżączkę poraźną, której, jak wiadomo, może także uraz dać początek, musiano wykluczyć z powodu braku napięcia mięśniowego, braku znamiennego ruchu palcami, naśladującego kręcenie pigułek, zwiększania się drżenia przy ruchach, jak również braku ruchów retro- i propulsyjnych. Przeciw stwardnieniu rozsianemu zaś po bliższem badaniu przemawiał chód, (w stwardnieniu roz. pewny, choć bezładny), brak sztywności z napięcia mięśniowego, brak właściwego skandowania w mowie, a wreszcie i różnica w zachowaniu się samego drżenia, które pojawiając się w stwardnieniu rozsianem dopiero przy ruchach, (ztąd drżenie zamierzone) tutaj utrzymywało się choć w znacznie mniejszym stopniu i przy zupełnym spokoju. *Dr. St. B. K.*

Esser. *Sclerema neonatorum oedematosum* **w związku z rozległemi wybroczynami w płucach.** (*Münch. med. Wochs.* 1900. Nr. 11). Należy ściśle rozdzielić *sclerema neonatorum adiposum* od *sclerema oedematosum*, które klinicznie mają to tylko wspólnego, że wśród znacznego obniżenia ciepłoty ciała i ogólnego osłabienia rozwija się twardość i napięcie skóry. *Sclerema oedematosum* polega na obrzęku surowiczym tkanki. W jednym takim przypadku znalazł E. bardzo rozległe wybroczyny w płucach, które uważa za przyczynę zaburzeń w krążeniu, wywołujących w tym przypadku *sclerooedema.* *C.*

Rommel. **W sprawie pielęgnowania dzieci niedonoszonych** (*Münch. med. Woch.* 11. 1900). Autor pielęgnował niedonoszone noworodki w cieplarkach, ogrzewanych gazem, tlenu nie doprowadzając a starając się tylko o odpowiednie przewietrzanie i odpowiednią wilgotność; dzieci owijano tylko w pieluszki dla ułatwienia ruchów mięśniowych, karmiono wyłącznie piersią mamek, lub też je dokarmiano. Karmienie odbywało się co dwie godziny, jedno danie dla dzieci poniżej 1800 gr. wagi wynosiło zaledwie 20—30 gr. W ten sposób pielęgnował autor 20 noworodków, z których najmniejszy ważył zaledwie 1300 gr; wszystkie te noworodki miały początkowo ciepłotę ciała niższą, niż prawidłowa, a niektóre objawy *sclerema.* Mimo to przy tem postępowaniu stracił autor tylko 4 dzieci; a i to trzy z powodu drgawek, a jedne z powodu gruźlicy; wszystkie inne bardzo dobrze się rozwijały i przybierały codziennie na wadze przeciętnie 15, 59 gr. *St. D.*

O. Rosenbach: **W sprawie patogenezy i leczenia t. zw. przeczosu odbytu.** (*Berl. klin. Woch.* Nr. 10, 11. 1900). Zapatrywania R. na patogenezę przeczosu odbytu różnią się wybitnie od innych obecnie ogólnie przyjętych wyjaśnień tego cierpienia. Za główną i pierwotną sprawę w całym obrazie chorobowym uważa autor skurcz odbytnicy, wywołany częścią zmienionymi warunkami krążenia w jamie brzusznej lub przewlekłemi sprawami w narządach rodnych, częścią wygórowaną pobudliwością układu nerwowego. Często występujące parcie na stolec, któremu towarzyszy silne miejscowe przekrwienie, może dać powód do krwotoków z powstałych nieznacznych nieraz pęknięć błony śluzowej. Dolegliwości, towarzyszące tej sprawie, mają swe źródło w przeczulicy okolicy odbytu, a natężenie ich nie pozostaje wcale w prostym stosunku do rozległości owrzodzenia. Ponieważ autor za sprawę pierwotną uważa stan podrażnienia układu nerwowego, przeto leczeniem swem zmierza przedewszystkiem do usunięcia tego stanu. Zabiegi chirurgiczne uważa za usprawiedliwione jedynie jako *ultimum refugium.* Leczenie przez autora polecone i przyczynowem nazwane, polega przedewszystkiem na wpływaniu na wolę chorego przez wyjaśnienie mu istoty jego cierpienia. W dalszym ciągu należy skłaniać chorych do tego, aby bez obawy dotykali się miejsc bolesnych i wreszcie zdołali sobie sami wprowadzić palec do odbytu. Skoro chorzy w rękoczynie tym nabrali pewnej wprawy, należy im polecić wprowadzanie świeczki odbytnicowej o coraz większej średnicy. Zabieg ten należy zrazu wykonywać 5—6 razy dziennie, przyczem palec lub świeczka ma pozostawać w odbytnicy przez kilka minut. Równocześnie należy podawaniem środków wewnętrznych regulować stolec. W chwili zjawienia się parcia na stolec winien chory wprowadzeniem palca przekonać się o tem, czy parcie jest rzeczywiste, czy też tylko wrzekome, spowodowane miejscową przeczulicą. Na leczenie samego owrzodzenia nie zwraca R. zupełnie uwagi, gdyż ono może dopiero nastąpić po usunięciu skurczu. Pod wpływem tego rodzaju leczenia miała nawet już po kilku dniach następować poprawa ogólnego i miejscowego stanu. *Urbanik.*

Scheele: **O zmianach w policzkach u robotników zajętych dęciem szkła** (*Glasbläsermund*) (*Berl. klin. Woch.* Nr. 10, 11. 1900). U 31 letniego robotnika z fabryki szkła zauważył autor na obu policzkach obecność postronkowatych wyniosłości, przebiegających na 1 ctm. poniżej i równolegle do łuku jarzmowego od okolicy przyusznej ku kącikowi ust. Przy dotykaniu tych wyniosłości wyczuć się daje trzeszczenie, podobnie jak przy odmie podskórnej, przyczem za silniejszym uciskiem wyniosłości te znikają. Badanie jamy ust wykazuje rozszerzenie ujścia przewodu Stenona. Za uciskiem, wywartym na policzek, wydobywa się z ujścia przewodu znaczna ilość śliny pienistej; błona śluzowa w okolicy tegoż ujścia okazuje zmiany, przypominające żywo *leukoplakia buccalis.* W mięśniach policzków wykazać się daje wyraźny rozstęp. Obok tych zmian wykazano u chorego zajęcie błędnika. Cały obraz wytłomaczyć się daje dostawaniem się powietrza do przewodu Stenona podczas wydymania szkła. Wobec niezbyt wielkiej częstości podobnych zmian należy przypuszczać, że przyczyną jest jakaś wadliwość w samej technice wydymania. Zmiany na błonie śluzowej ust (*plaques opalines*) zdarzają się u robotników, zajętych dęciem szkła, dosyć często. Guinaud zwraca uwagę na ważność odróżnienia zmian tych od kiłowych *plaques muqueses.* Zmiany, występujące u tych robotników na palcach, również nie są zbyt rzadkie i stoją w ścisłym związku z ich zajęciem. W dołączeniu znajduje się opis przyrządów, mających zapobiegać powstawaniu powyżej opisanych schorzeń zawodowych. *Urbanik.*

Zepler. **Przyczynek do leczenia ortopedycznego zmian położenia macicy.** (*Deutsche med. Woch.* 1900. 10 i 11). Autor zauważył, że w wielu przypadkach stosowanie dotychczas używanych krążków nie doprowadza do celu. Badania nad tem, co właściwie utrzymuje macicę w prawidłowem położeniu doprowadziły autora do wniosku, że właściwie sprawiają to parametria i podstawa więzów szerokich. Dla podtrzymania właśnie tych tkanek użył autor krążków poprzecznych z drutów miedzianych, obwiedzionych rurką kauczukową z bardzo dobrym wynikiem nawet tam, gdzie wszystkie inne krążki zawodziły. *St. D.*

Jolly. **Przypadek obustronnego porażenia n. twarzowego.** (*Deutsche med. Wochenschft.* Nr. 11. 1900). Wskutek upadku na twarz wystąpiło całkowite obustronne porażenie n. twarzowego (*Diplegia facialis*) tak, że chory nie mógł poruszyć żadnym mięśniem, a twarz bez wyrazu stała się podobną do maski. Jedynym ruchem było podnoszenie i opuszczanie szczęki dolnej. Pobudliwość elektryczna po części zniesiona, po części znacznie upośledzona. Wskutek niemożności zamknięcia powiek wystąpił objaw Bella; z powodu niemożności zamknięcia ust i warg, upośledzenie mowy. Przy piciu, aby sobie ułatwić domknięcie wargi dolnej, podnosił ją chory ku górze zapomocą *m. levator menti*, gdy to nie wystarczyło, palcami ją podtrzymywał. Drugim pomocniczym ruchem mięśniowym, który J., jak podaje, pierwszy raz przy porażeniu n. twarzowego spostrzegał, było podnoszenie (jak tutaj) lewego kąta ust ku górze i trochę na zewnątrz, — zapomocą po części skurczu m. jarzmowego (*zygomaticus*), po części m. unoszącego wargę górną (*m. levator labii sup.*). Skurcz tych mięśni występował jednak tylko przy skurczu mm. żwaczy Był to więc objaw współdziałania n. twarzowego przy dowolnym ruchu w zakresie ruchowym n. trójdzielnego. Gałązki podniebienne n. twarzowego nie porażone, natomiast porażone gałązki smakowe, tak, że $^{2}/_{3}$ języka po obu stronach całkowicie pozbawione były smaku. Wydzielanie śliny upośledzone; chory stale skarżył się na suchość w ustach. Po lewej stronie zajęte także I. i II. gałązka n. trójdzielnego, ztąd upośledzenie czucia w ich zakresie, wskutek tego rogówka oka lewego, przy upadku poprzednio zraniona, popadła w ogólne zapalenie.

Jak z tego obrazu widać, porażenie n. twarzowego nastąpiło poniżej odejścia gałązek podniebiennych, a więc poniżej *ganglion geniculi*, a powyżej odejścia struny bębenkowej (*Chorda tympani*), gdyż słuch nie był upośledzony. Lewy n. trójdzielny został zaś uszkodzony gdzieś na podstawie czaszki, albo przez bezpośredni krwotok, albo rozdarcie, przyczem ucierpiały głównie dwie pierwsze gałązki nerwu. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Albu. **Dyetetyczne leczenie rozstrzeni żołądka** (*Deutsche m. Wochft.* Nr. 11. 1900). W przeciwieństwie do utrzymującej się jeszcze zasady leczenia niedomogi mechanicznej i rozstrzeni żołądka zapomocą dyety suchej, którą jeszcze w ostatnich swoich pracach poleca Ewald, Fleischer, Boas, poczęści i Wegele, radzi A. stanowczo opierając się na doświadczeniach Meringa i Moritza, używać w leczeniu tak niedomogi mechanicznej, jak i rozstrzeni żołądka, dyety wyłącznie płynnej. A. wychodzi z zasady, że płynna czy nawet papkowata dyeta o wiele łatwiej i szybciej z żołądka usuwając się do

jelit, króciej w nim zalega i mniej go drażni. Płyny powinny być podawane tylko jaknajpożywniejsze, (w pierwszym rzędzie mleko, w najrozmaitszych postaciach), często, a w małej ilości. Woda, herbatki i tp. płyny stanowczo są wykluczone. W wyższych stopniach rozstrzeni żołądkowej i niedomogi — mięsienie żołądka, odpowiednie zabiegi wodolecznicze, przy ogólnem zaś podupadłem odżywieniu bezwzględny spokój (łóżko). *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Eisenmenger. **O takzwanej rzekomej marskości wątroby pochodzenia osierdziowego** (*pericarditische Pseudolebercirrhose*-Fr. Pick) (*Wiener klinische Wochs.* 1900. Nr. 11). W r. 1896 usiłował Friedel Pick stworzyć nową jednostkę chorobową pod nawą „pericarditische Pseudolebercirrhose“. Choroba ta miała się znamienować klinicznie niejakiem podobieństwem do marskości wątroby, mianowicie znaczną puchliną brzuszną bez obrzęków na nogach, a jej tłem anatomicznem miały być przewlekłe zmiany w osierdziu, względnie zrosty osierdziowe. Stworzone przez Picka pojęcie chorobowe wywołało już całą literaturę, przeważnie kazuistyczną, wobec czego postanowił E. krytycznie rozpatrzyć, czy stwarzanie takiej jednostki klinicznej i anatomicznej jest istotnie potrzebne i usprawiedliwione. Badania, przeprowadzone na klinice Schröttera i w zakładzie Paltaufa doprowadziły autora do następujących wniosków:

Niewątpliwie zdarza się stosunkowo często znaczna puchlina brzuszna bez obrzęków kończyn dolnych w następstwie zrostów osierdziowych; jeżeli schorzenia osierdzia nie wykryto (to znaczy, jeżeli popełniono błąd rozpoznawczy), wówczas obraz chorobowy może mieć niejakie podobieństwo z marskością wątroby. Jednakże cały zbiór objawów klinicznych powstaje wówczas nie przez rozwój tkanki łącznej w wątrobie wskutek zaburzeń w krążeniu, jak to twierdzi Pick, lecz bywa w rozmaitych przypadkach skutkiem zgoła różnych przyczyn, między któremi wymienić należy: uciśnięcie lub załamanie żyły głównej dolnej przez równocześnie znajdującą się w worku osierdziowym wypocinę lub zmiany włókniste osierdzia i śródpiersia, równocześnie toczące się zapalenie otrzewnej w okolicy wnęki wątroby, wreszcie trudniejsze powstawanie obrzęków kończyn dolnych u osobników młodych z prawidłowemi naczyniami obwodowemi, a u takich głównie opisywano obraz chorobowy, podadany przez Picka. Ponieważ zatem tłem całej sprawy nie są zawsze jedne i te same zmiany anatomiczne, przeto i klinicznie nie ma podstawy do tworzenia za wzorem Picka odrębnej, a jakoby jednolitej, postaci chorobowej; ponieważ zaś nawet utworzona przez Picka nazwa „pericarditische Pseudolebercirrhose“ wspiera się na pojęciu, mieszczącem w sobie prosty błąd rozpoznawczy; przeto nawet i nazwę tę należy w zakresie klinicznym zupełnie usunąć.

Ciechanowski.

Toff. **O krwisteku pochwowym i macicznym z powodu zarośnięcia błony dziewiczej**. (*Wien. klin. Woch.* Nr. 11, 1900). Autor opisuje przypadek krwistoku pochwowego i macicznego z powodu zarośnięcia błony dziewiczej, z przebiegiem o tyle ciekawym, że nie było żadnych objawów aż do chwili, kiedy krwistek wzrósł do tych rozmiarów, iż wywołał zupełne zatrzymanie moczu. Wszystkie podobne przypadki odnosi autor nie do zarośnięcia błony dziewiczej, tylko do niedrożności dolnego odcinka pochwy. *St. D.*

R. Kossmann. **Kazuistyczne rozmaitości z dziedziny położnictwa i ginekologii.** (*Münch. med. Woch.* 1900 Nr. 12). (c. d.) V. Ciągłe krwawienie z jamy brzusznej drogą trąbek i macicy. Autor spostrzegał przypadek znacznych krwotoków macicznych u osoby z tego powodu nadzwyczaj niedokrwnej. Uważając guz znaleziony obok macicy za ciążę zamaciczną przystąpił autor do wykonania zabiegu operacyjnego. Przy operacyi okazało się, że istnieje krwiak, którego źródłem jest pęknięty mieszek jajnikowy. Wycięta trąbka była zupełnie niezmieniona, jak również i błona śluzowa macicy. Krwawienie w tym przypadku powstawało, zdaniem autora, z krwiaka w jamie brzusznej drogą trąbki i macicy.

VI. Porażenie macicy nieciężarnej. Autor w przypadku, w którym miał wykonać kolpotomię przednią, najpierw zamierzał wyskrobać macicę. Badaniem złożonem stwierdził, że macica jest tylko nieznacznie powiększona, tymczasem skoro wprowadził łyżeczkę tępą, ta weszła do jamy macicy na 12—14 cm. Łyżeczkę natychmiast cofnął sądząc, że przedziurawiła ona macicę. Ponownem badaniem stwierdził jeszcze raz, że macica jest tylko bardzo niewiele powiększona, drugi raz wprowadził łyżeczkę, która teraz już na długości 7 cm. znalazła prawidłowy opór ścian macicy, i dokonał wyskrobania. Przy kolpotomii natychmiast dokonanej przekonał się, że ściana macicy nigdzie nie jest przedziurawioną. Zjawisko powyższe tłómaczy sobie autor nagłem, bardzo znacznem zwiotczeniem ścian macicy. Przypadek powyższy przytacza autor w celu rozstrzygnięcia sporu, czy wprowadzenie zgłębnika na 13—20 cm. do macicy zależy od przedziurawienia macicy, czy też od tego, że zgłębnik wchodzi do trąbki; może wszystkie te przypadki należałoby odnieść do skutków nagłego zwiotczenia ścian macicy.

VII. Dwa przypadki śmierci z powodu trypra. W pierwszym przypadku autor dla zniszczenia zrostów okołoprzydatkowych wykonał kolpotomię przednią; przebieg pooperacyjny od początku gorączkowy, w piątym dniu zapalenie ślinianek, w jedenastym zropienie gałki ocznej. W siedemnastym dniu śmierć z ropnicy bez objawów otrzewnowych. Sekcya zwłok wykazała ropień w prawych przydatkach, zawierający tylko dwoinki tryprowe (gonokoki); ropa z gałki ocznej zawierała tylko paciorkowce (zakażenie mięszane). W drugim przypadku również drogą kolpotomii operacya na tryprowo zmienionych przydatkach. Od trzeciego dnia przebieg gorączkowy, w dziewiątym dniu śmierć. Sekcya wykazała wszędzie w otrzewnej ciecz ropiastą, zawierającą obficie dwoinki tryprowe. Pierwszy to przypadek, gdzie na sekcyi znaleziono ropne zapalenie ogólne otrzewnej na tle drobnoustrojów tryprowych. *St. D.*

L. Seitz. **Próby leczenia miejscowego wyskokiem w ginekologii.** (*Münch. med. Woch.* 1900 Nr. 12). Opierając się na zdaniu Buchnera o skuteczności przekrwienia czynnego w leczeniu zakażeń, stosował autor wyskok 96% w cierpieniach ginekologicznych w postaci okładów na brzuch. Próby te zawiodły autora w zupełności, gdyż nigdy w chorobach zapalnych, toczących się około macicy, nie otrzymał on dodatnich wyników, z wyjątkiem jednego przypadku gruźlicy otrzewnej, w którym po okładach wyskokowych, stosowanych już po laparotomii leczniczej, uzyskał znaczne zmniejszenie zmian gruźliczych w przydatkach. Skoro próby powyższe zawiodły autora, spróbował leczenia wyskokiem pod formą tamponów, napojonych 30—45% wyskokiem. Wyniku leczniczego nie otrzymał przy tem leczeniu żadnego, natomiast wytwarzały się często znaczne utraty przybłonka, a nawet owrzodzenia w pochwie. *St. D.*

Otto Cohnheim i H. Krieger. **Nowy sposób oznaczania związanego HCl w soku żołądkowym.** (*Münch. med. Woch.* 1900, Nr. 12). W treści przesączonej oznacza się pojedynczo (zawsze w 10 cm.) ogólną kwasotę i wolny kwas solny. Następnie mięsza się inne 10 cm. przesączu z 30 cm. fosforano-wolframianu wapniowego [1]), osad się oddziela, a w otrzymanym przesączu oznacza się stopień kwasoty, miareczkując (resolsäure albo phenolphthalein) Różnica między ogólną kwasotą, a stopniem kwasoty tego przesączu oznacza sumę kwasu solnego związanego.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Liebermeister. **O działaniu przeciw gorączce.** (*Berl. klin. Wochft.* Nr. 12, 1900). Od najdawniejszych czasów aż do połowy naszego stulecia uważano stale podniesienie się ciepłoty ciała za czynnik samopomocy, czynnik niejako leczący w ustroju. Gorączka miała niszczyć, spalać czynniki chorobotwórcze, zwalczanie więc jej było przeciwwskazanem. Dopiero w drugiej połowie naszego wieku zaczęto poznawać się na niebezpieczeństwach, jakimi długotrwająca wysoka gorączka ustrojowi grozi. Niestosunek bowiem, jaki przy stale podniesionej ciepłocie ciała zachodzi między odżywianiem a spalaniem się ustroju, jest jeszcze mniejszem złem; większem daleko jest zwyrodnienie tkanek pojedyńczych narządów (wątroby, nerek, serca) — zmiany trwałe, które gorączka dłużej trwająca sprowadza, a którym ustrój w końcu ulega.

Uważając i obecnie gorączkę za odczyn ustroju, widząc w niej także do pewnego stopnia czynnik pomocniczy, odradzający nawet poniekąd ustrój, staramy się strzedz ustrój przed jej szkodliwemi następstwami, wkraczając tam, gdzie nazbyt długo trwający stan gorączkowy zaczyna ustrój podkopywać. Bezsprzecznie najdzielniejszym, a zupełnie nieszkodliwym środkiem przeciwgorączkowym jest zwykła woda, a więc kąpiele letnie, chłodne i zimne, o ile oczywiście zalecający się w danym razie bezwzględny spokój nie stanowi przeciwwskazania. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

B. Fraenkel. **Tuberkulina, a wczesne rozpoznanie gruźlicy.** (*Berl. kl. Wochenschrift* Nr. 12, 1900). Wstrzykiwania próbne tuberkuliny są zdaniem autora bezwarunkowo nieszkodliwe, a wywołując odczyn u dotkniętych gruźlicą, dają tem samem prawie pewny środek rozpoznawczy w nasze ręce. Do wstrzykiwań używa F. wyciągu glicerynowego z czystych hodowli prątka gruźliczego tzw. starą tuberkulinę Kocha. Dorosłym wstrzykuje 1 mlgr., dzieciom ½ mlgr. Do rozczynu zamiast ½% rozczynu kwasu karbolowego, używa wody sterylizowanej. Jeżeli odczyn nie wystąpi, w 3—4 dni zwiększa dawkę: dla dorosłych na 5 mlgr., dla dzieci na 2·5 mlgr. Trzecia próba w razie potrzeby znów po dalszych 3—4 dniach i to w ilości 1 ctgr. dla dorosłych. Ustrój dotknięty gruźlicą od-

[1]) Fosforano-wolframian wapniowy przygotowuje się w ten sposób, że 4% rozczynu kwasu fosforowo-wolframowego zobojętnia się w temperaturze wrzenia węglanem wapniowym. Rozczyn ten da się trzymać dowolnie długo.

działywa według Kocha z reguły w 4—5 godzin; ciepłota podnosi się na 39°—40°, a nawet 41°. Odczyn trwa 12—15 godzin, poczem ciepłota opada. Po wstrzyknięciu występuje zwykle lekki kaszel, bóle w kościach, pewne znużenie, często nudności i wymioty. Wszystkie te przypadły mijają jednak szybko tak u zdrowych, jak i dotkniętych gruźlicą. W gruźlicy skóry wywołuje tuberkulina nawet w zagojonych pozornie bliznach wybitny odczyn.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Schaper. **Wyniki lecznicze w gruźlicy płuc w ostatniem dziesięcioleciu.** (*Berl. kl. Wochft.* Nr. 12, 1900). Od czasu, jak dzięki tuberkulinie wczesne rozpoznanie gruźlicy stało się możliwem, liczba uleczeń w szpitalu znacznie się podniosła. Poprawa warunków higienicznych, jak najdokładniejsze przewietrzanie sal, zmniejszenie liczby łóżek w poszczególnych salach, ulepszenie urządzeń kąpielowych, a wreszcie forsowne żywienie, którego szczególniej w gruźlicy płuc pilnie przestrzegano, dopełniły reszty.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

H. Kramer: **Czop, poprzedzający odejście smółki u noworodków.** (*Deutsche med. Woch.* Nr. 12, 1900). Autor zwraca uwagę, że na szczycie odchodzącej pierwszej smółki u noworodków znajduje się zawsze czop białawo-szary, utworzony z komórek obumarłych, objaw znany już w starożytności. Czop ten niejako odgradza smółkę ponad rzycią. Stwierdzenie jego obecności mogłoby mieć znaczenie ze stanowiska sądowo-lekarskiego, bo obecność jego świadczyłaby, że noworodek jeszcze smółki nie oddawał. Brak wspomnianego czopa wcale nie rozstrzyga, czy dziecko po urodzeniu żyło, czy też urodziło się nieżywe, obecność zaś jego świadczy, że płód najprawdopodobniej żył po porodzie.

St. D.

Th. Struppler. **Przypadek obrażenia ośrodka mowy wskutek urazu z następową padaczką Jacksonowską i wyleczeniem bez trepanacyi.** (*Deutsche med. Woch.* Nr. 12, 1900). Wskutek uderzenia w okolicę ciemieniową lewą trzonkiem laski przyszło u 18-letniego młodego człowieka do wstrząśnienia mózgu, do pierwotnego obrażenia ośrodka mowy (zupełnej niemoty (aphasia), wreszcie do następowego (po 3 dniach) porażenia n. twarzowego i napadów padaczkowych (po 7 dniach). Napady padaczkowe ustąpiły po 2 dniach, porażenie n. twarzowego w 5, a afazya mniej więcej w 10 tygodni. Obraz choroby, utrata natychmiastowa mowy, pojawienie się napadów padaczkowych w 7 dni dopiero po urazie, pozwalały na wykluczenie krwotoku śródczaszkowego i krwiaka opony twardej, a przyjęcie z wszelkiem prawdopodobieństwem bezpośredniego obrażenia ośrodka mowy, z wybroczyną z jakiejś gałązki lewej tętnicy zatoki Sylwiusza. Krwotok śródczaszkowy wykluczono z powodu braku ogólnych cięższych objawów ucisku mózgu, objawy padaczkowe zaś tłómaczyć się dają podrażnieniem kory częścią wskutek bezpośredniego zadziałania wybroczyny, dążącej ku obwodowi, częścią wskutek pewnego zwiększenia ucisku śródczaszkowego, a wreszcie z powodu możliwego obrzęku w sąsiedztwie miejsca krwotoku.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

A. Eulenburg. **Działanie i wskazania dla bardzo silnie napiętych, a nadzwyczaj często zmienianych co do kierunku prądów. (Prądy d'Arsonval'a — Tesla).** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 12 — 13, 1900). Mikołaj Tesla, inżynier z zawodu, wynalazł przed mniej więcej 10 laty „światło bez ciepła“ („światło przyszłości“ — „światło Tesla“), do którego użył prądów o nadzwyczajnej sile napięcia i wielkiej liczbie zmian ich kierunku. Niezależnie od tego fizyolog francuski d'Arsonval, badając własności tych prądów, doszedł do nadzwyczajnych wyników, tak co do własności ich fizycznych, jak i wartości leczniczej. Prądy to mianowicie, choćby o setkach tysięcy i milionach Volt, stają się przy pewnej liczbie zmian ich kierunków dla ustrojów zwierzęcych i ludzkich nieszkodliwe, bo wprost dla nerwów ruchowych i czuciowych niepochwytne. z tego samego powodu, z jakiego dla nerwów wzroku i słuchu pochwytne są fale światła i głosu o pewnej tylko oznaczonej długości. Dla prądów tych, a właściwie ich elektrycznej energii, powietrze w odpowiednich warunkach staje się równie znakomitym przewodnikiem, jak metal; tę własność ich zużytkowano do nowego sposobu elektryzowania t. zw. „arsonwalizacyi“. Sposób ten polega na całym szeregu nowych zjawisk, jest oczywiście więcej złożony, przedstawia jednak wielkie na przyszłość nadzieje, albowiem na podstawie licznych doświadczeń przekonał się d'Arsonval, że mimo pozornego braku wpływu na nerwy ruchowe i czuciowe prądy te w bardzo znacznym stopniu oddziaływują na system naczyniowo-ruchowy, podnosząc stale ciśnienie tętnicze, przyspieszają sprawę utleniania, sprawy wydzielnicze i przemianę materyi, a przytem działają zabójczo na drobnoustroje i ich jady. Badania dalsze są w toku, E. przedstawiał zaś na posiedzeniu tow. lekarskiego berl. odpowiednio zbudowane do tego przyrządy.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Doc. Kretz. **O marskości wątroby.** (*Wiener klin. Woch.* 1900, Nr. 12). Pomimo dokładnej znajomości szczegółów histologicznych marskości wątroby rozchodzą się jeszcze do dziś dnia pojęcia o istocie tej sprawy chorobowej w bardzo różnych kierunkach. Zapomocą krytycznego rozbioru obecnych teoryi i zestawienia obrazów drobnowidowych z przypadków marskości wątroby, odpowiadających bądź pojęciu marskości zanikowej Laenneca, bądź też pojęciu marskości przerostowej Todda, lub postaciom pośrednim, dochodzi K. do wniosku, że osią, około której obraca się cała sprawa chorobowa, jest w marskości wątroby przebudowa (*Umbau*) tkanki wątrobowej, w czem biorą udział wszystkie jej składniki. Przebudowa ta, wywołana przez ubytek miąższu, rozpoczyna się od spraw odrodczych (regeneracyjnych) w komórkach wątrobnych. Wogóle zaś należałoby marskość wątroby określić jako sprawę ogniskową, przewlekłą, powracającą, w której obok siebie toczy się zwyrodnienie i odradzanie się, aż wreszcie to ostatnie przestaje dotrzymywać kroku pierwszemu i wówczas przeważna część zrazików wątrobowych marnieje.

Ciechanowski.

VI. Stanowisko lekarzy kąpielowych.

Napisał

Dr. Władysław Maleszewski

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag, lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.

Trudne warunki społeczne wyrobiły ciężkie stosunki dla stanu lekarskiego, które z dnia na dzień pogarszają się. Żaden zapewne zawód nie wymaga tyloletniej pracy, takiego poświęcenia i nawet zaparcia się siebie, jak zawód lekarski; a mimo to wartość tej pracy i tych usilnych, humanitarnych dążeń z każdym dniem mniej jest uznawaną. Długie i żmudne studya uniwersyteckie, kilkoletnia praca szpitalna, borykanie się z losem, a nieraz z niedostatkiem w początkach, niebezpieczeństwa, trudy i przykrości samodzielnej praktyki, nie tylko nie zapewniają dzisiaj lekarzowi zrównoważenia nakładu pracy i kapitału, ale nawet nie zdobywają mu tego moralnego uznania, do którego ma prawo. Zapewne, i w każdym innym kierunku czuć się to daje, ale też różnice powinny być wielkie, zależnie od wielu czynników: wysiłek umysłowy górować niewątpliwie powinien nad wysiłkiem mięśniowym, pracującym mechanicznie. A jednak dzisiaj, gdy rosnąca filantropia wytworzyła instytucyę tak skądinąd humanitarną i piękną, jak kasy chorych, zaznaczył się ten postęp społeczny z drugiej strony krzywdą lekarzy, spychanych przez kasy chorych na stanowisko licho płatnego wyrobnika, i wyzyskiwanych bezprzykładnie przez to właśnie urządzenie, które miało być wyrazem sprawiedliwości społecznej, a które stawia dziś lekarza w położeniu stosunkowo gorszem, niż fizycznie pracującego robotnika. Do czynników, z którymi dziś stan lekarski walczyć musi, należy doliczyć jeszcze krzewiące się coraz bardziej partactwo lekarskie w postaci homeopatyi, rozmaitych rzekomych cudotwórców w rodzaju Kneippa, Lahmanna i t. d., powódź najrozmaitszych popularnych wydawnictw, zalecających „leczenie naturalne“, a obliczonych na głupotę ludzką i w niej istotnie znajdujących oddźwięk. Przytem wszystkiem oddziaływa na stan lekarski ujemnie także i wzrastające wskutek złych warunków ekonomicznych współzawodnictwo między lekarzami. Złemu nie mogą zaradzić Izby lekarskie, obdarzone zbyt małą władzą, i istnieniem swojem wcale nie ułatwiające stosunków stanu lekarskiego.

W wielkich miastach, chociaż z roku na rok liczba lekarzy wzrasta, a praca jest ciężka, to jednak usterki i przykrości, wynikające z walki o byt, łagodzi nadzieja lepszej przyszłości i rozmaite uboczne czynniki. Lekarz w mieście rozporządza pięknym często materyałem klinicznym, a spotykając się nieraz z groźnem, wymagającem energii i doświadczenia cierpieniem, ma sposobność przynieść pomoc doraźną, a skuteczną. Jest to zachętą i nagrodą za trudy, pobudką do pracy naukowej, do kroczenia za jej postępem, jest pomocą w wyrabianiu swego osobistego doświadczenia lekarskiego. Towarzystwa lekarskie, istniejące po miastach, nie tylko zacieśniają węzły koleżeńskie, a przez to nieraz nawet bardzo dzielnie normują stosunki lekarskie, lecz dostarczając strawy naukowej stają się bodźcem do pracy i stwarzają szlachetne współubieganie się czysto naukowe. Te wszystkie okoliczności są przyczyną, że lekarze po miastach powszechnie odpowiadają swemu zadaniu, utrzymują się na poziomie naukowym, a nawet sterują wiedzą i prawdziwie pożytecznie przez życie przechodzą, mimo że borykając się z losem nieraz sterają swe siły.

Inna jest dola lekarzy kąpielowych. Ci dziwnym zbiegiem okoliczności, w oczach ogółu daleko odbiegli od ideału lekarza, ogół

nietylko ich nie zalicza do przodowników nauki, lecz przeciwnie dużo im przypisuje wad i ułomności, a nawet mało ma do nich zaufania. Ten przykry, od dawna istniejący objaw, nie dążący wcale do zmiany na lepsze, ma swe wytłómaczenie i przyczyny, które niestety w znacznej części tkwią w nas samych. Zwalać wszystko na los, na okoliczności byłoby najłatwiej, a przytem najwygodniej, ale bezstronnie rzecz biorąc, uderzyć się należy nam w piersi i przyznać się otwarcie do własnej winy.

Po miastach, a nawet miasteczkach i wioskach, słyszy się nieraz nazwiska lekarzy dawno już pomarłych, z pietyzmem powtarzane przez całe jeszcze pokolenia, jako dobroczyńców ludzkości, ludzi niezwykłej wiedzy i serca, a czy takiego pomnika doczekał się jaki lekarz kąpielowy za życia lub po śmierci? Lecz czy sprawiedliwie? Trudno z góry rozstrzygnąć: tylko ścisłe rozpatrzenie sprawy dać może odpowiedź.

Balneoterapia nie jest złudzeniem, nie jest tylko psychoterapią — tego nawet najzagorzalsi jej przeciwnicy nigdy nie twierdzili, a mimo to wyrobiła sobie dziwnie złą opinię i inne siostrzane działy medycyny uważają ją niemal za „Kopciuszka". Nie sama nauka, jako taka, lecz jej pionierzy przyjąć muszą winę na siebie. Śmiesznem bowiem niewątpliwie byłoby twierdzenie, że klimat, wypoczynek, usunięcie się od codziennych, nieraz bardzo kłopotliwych zajęć i trosk, dyeta i inne tym podobne czynniki nie mają żadnego znaczenia leczniczego. Czegoś podobnego nie sądzi żaden inteligentny laik, nie mówiąc już o lekarzach. Całość leczenia zdrojowo-kąpielowego, poparta powyższymi czynnikami, stanowi źródło zdrowia dla chorych, szukających ratunku lub choćby pomocy u wód. To też chorzy powszechnie chwalą skutki leczenia, a mimo to jednak nie szczędzą docinków swoim lekarzom zdrojowym.

Wejdźmy nieco bliżej w szczegóły praktyki balneologicznej, zapoznajmy się z jej warunkami i jej stanem obecnym, a wtedy z łatwością zdamy sobie sprawę z jej niedoborów i usterek.

Każda gromada wód mineralnych posiada swe odrębne wskazania i niepodobna wszystkim przypisywać jednych i tych samych własności leczniczych. Niepodobna przecież gruźliczego wysłać do Karlsbadu, lub chorego na kamienie nerkowe lub wątrobowe do Krynicy; pod tym względem sceptycyzm najzagorzalszych przeciwników balneoterapii nie doszedł jeszcze tak daleko. Nie wystarczy jednak, aby chory, wysłany do jednego z miejsc kąpielowych, nie znając istoty swego cierpienia i na własną rękę pijąc przesadne nieraz ilości wód, lub mocząc się zawzięcie w kąpielach mineralnych lub błotnych, miał prawo uważać to za właściwe dla siebie leczenie, lub też za leczenie, właściwe tylko temu właśnie miejscu kąpielowemu. Chory, wysłany do kąpiel, powinien być tam otoczonym sumienną opieką lekarską, dającą mu rzetelny kierunek w postępowaniu. Roztoczyć opiekę nad chorym polega, w umysłach publiczności, na wskazaniu źródła, z którego wodę pić powinien, wyznaczeniu dyety i zabronieniu lub pozwoleniu wychodzenia po zachodzie słońca. Oto te naiwne żądania powszechnie uważane są za najważniejsze, a pojęcie ważności cierpienia i leczenia zaczyna się dopiero wtedy, kiedy gorączka lub bóle wskażą dosadnie na niebezpieczeństwo. Nauka lekarska jest tylko jedna; niema jakiejś odrębnej medycyny kąpielowej. Przejść w szablon, byle dogodzić publiczności, przerzucać bezpodstawnie swe wskazania ze źródła do źródła, zadawalniać ogólnikami ciekawość potrzebującego porady, ulegać usilnym a nierozsądnym nieraz prośbom chorych — to nie leczenie poważne, lecz prawdziwie tylko psychoterapia. Lekarz kąpielowy przedewszystkiem zapomnieć powinien na chwilę, że rozporządza środkami miejscowymi, wodami i kąpielami leczniczemi. Powinien postępować tak, jak każdy przeciętny lekarz, a dopiero, zastósowawszy wszystkie zwyczajne środki lecznicze, przerzucić się na pole miejscowych czynników balneoterapeutycznych i zastósować wody mineralne, oraz zabiegi wodolecznicze; wtedy dopiero całość się złoży. Każde cierpienie, szczególniej ustrojowe (konstytucyonalne), przedstawia obszerny przedmiot do badania i niewyczerpany materyał do wywiadów, a przytem tyle posiada stron ciemnych i zawikłanych, że lekarz na brak pracy w takich razach uskarżać się nie powinien. Rzućmy okiem na choroby poszczególnych narządów i ich leczenie, a przekonamy się, jak obszerne pole ma lekarz zdrojowy i jak skuteczna może być jego praca; wszak lekarz zdrojowy znajduje się w wyjątkowo korzystnych warunkach, niosąc pomoc chorym, usuniętym od codziennych kłopotliwych zajęć i oddającym się przez kilka tygodni tylko zabiegom około własnego zdrowia. Trzeba zatem tę sposobność wyzyskać, a nie dozwalając, aby leczący się ogół uważał lekarza zdrojowego tylko za rodzaj specyalisty od wody tej lub innej, od tuszów lub kąpieli nasiadowych, spożytkować całą swą umiejętność lekarską na korzyść oddającego się opiece chorego.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W odpowiedzi na przytoczone w Nrze 16 *Przeglądu* podanie lekarzy pomocniczych szpitala św. Łazarza, nadesłanej Dyrekcyi szpitala, zaznacza Wydział krajowy, że dola lekarzy pomocniczych nie jest mu obojętną i że jest staraniem i usiłowaniem kraju i władz krajowych zapewnić pracownikom w instytucyach krajowych w zamian za ich gorliwą pracę odpowiedni materyalny byt. Uznaje Wydział krajowy, że teraźniejsze płace lekarzy pomocniczych przy szpitalach krajowych nie są wysokie i że dążenie do ich polepszenia zasługuje na przychylne poparcie i uwzględnienie ze strony władz krajowych. Wyrazem przychylnego usposobienia Wydziału krajowego i Sejmu jest uchwała budżetowej komisyi sejmowej, która remuneracye dla bezpłatnych praktykantów powiększyła z preliminowanej pierwotnie kwoty 300 złr. do 1000 złr., zanim jeszcze lekarze petycyę swoją przedłożyli. Powodem, dla którego Wydział krajowy dotąd z wnioskiem uregulowania płac lekarzy pomocniczych przy szpitalach krajowych przed Sejm nie przyszedł, jest smutny stan ekonomiczny kraju, którego naturalnym wynikiem musi być szczupłość zasobów funduszu krajowego i zła równowaga krajowego budżetu. Wydział krajowy wyraża jednak nadzieję, że stan finansów krajowych na rok przyszły będzie o tyle dobry, że pozwoli mu życzenie lekarzy pomocniczych szpitala krajowego wziąć pod rozwagę przy układaniu budżetu na rok 1901 i przedłożyć równocześnie z tym budżetem Sejmowi wniosek o podwyższenie płac, któreby odpowiedziało życzeniom, w petycyi podanym. Co do postulatów w sprawie obsadzania posad lekarskich przy szpitalach krajowych, Wydział krajowy stwierdza, że będzie zawsze, jak dotychczas, z całą pieczołowitością brał pod rozwagę przy nominacyach stosunki osobiste kandydatów i ich w poprzedniej służbie dla kraju położone zasługi. Wreszcie zauważa Wydział krajowy „że nie mogą lekarze pomocniczy zapoznawać, że ich lekarski zawodowy obowiązek nie pozwala im opuścić gremialnie chorych, zanimby mieli pewność, że w ich miejsce ci chorzy inną pomoc lekarską w swojem cierpieniu znajdą, a z chwilą, gdy tak jest, końcowy ustęp petycyi nabiera cechy niewłaściwej decyzyi, która tylko utrudnić musi Wydziałowi krajowemu korzystne dla lekarzy pomocniczych załatwienie dezyderatów, w petycyi poruszonych". Wydział zamyka pismo swoje wyrażeniem nadziei, że „lekarze na posterunku swej pracy dla kraju nadal wytrwają i z tą samą co dotychczas gorliwością i sumiennością pracować zechcą".

Lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza, zebrawszy się w poniedziałek 23 b. m., przyjęli, jak słychać, z zadowoleniem zapowiedź polepszenia swego bytu, postanawiając pozostać na swych stanowiskach, a nie zaniechać starań o poparcie swych usiłowań przez Sejm galicyjski.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

XXIV. Sekcya wychowania fizycznego i higieny szkolnej podaje do wiadomości następujący swój program: Celem obrad sekcyi jest: a) zapoznać ogół lekarzy i wychowawców z postępami wiedzy w zakresie higieny szkolnej i wychowania fizycznego; b) przedstawić stan, w jakim znajduje się kraj nasz pod względem zdrowotności szkół i ćwiczeń fizycznych; c) w szeregu wniosków i rezoluzyi wskazać środki zaradcze, zmierzające do polepszenia tego stanu.

Sekcya odbędzie dwa posiedzenia popołudniowe z następującym porządkiem dziennym:

I posiedzenie (prawdop. w sobotę, w sali „Sokoła").

1) „Obecny stan nauki o wychowaniu fizycznem". Na sprawozdawcę uchwalono uprosić prof. Dr. N. Cybulskiego (Kraków).

2) „Statystyka wychowania fizycznego w Polsce". Sprawozdawca dla Galicyi Dr. Tyszecki (Kraków). (Nazwiska dwóch innych sprawozdawców podane będą później). Dyskusya. Wnioski co do ulepszenia statystyki.

3) „Postulaty w sprawie wychowania fizycznego w Galicyi". Sprawozd. Dr. Piasecki (Lwów). (Inni sprawozdawcy j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

4) Ćwiczenia wzorowe „Sokoła". Zwiedzanie wystawy gimnastycznej i sportowej.

II posiedzenie (prawdop. w poniedziałek).

1) „Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole". Sprawozdawca prof. Dr. Bujwid (Kraków).

2) „Sprawa lekarzy szkolnych". Sprawozd. Dr. Bier (Kraków).

3) „Charakter dziennej i tygodniowej pracy ucznia". Spraw. prof. Błażek (Lwów).

4) „Higiena zmysłów młodzieży szkolnej“. Sprawozdawca Dr. Schmidt (Kraków).

5) „Wady szkół naszych pod względem zdrowotnym“. Spraw. dla Galicyi prof. Błażek (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski zmierzające do ulepszenia badań statystycznych nad higieną szkół naszych.

6) „Postulaty w sprawie higieny szkół w Galicyi“. Spraw. Dr. J. Landau (Kraków). (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

Uwaga. Sprawozdanie (referat) trwać może najwyżej 20 minut; w dyskusyi przemawiać wolno 5 minut. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz sekcyi (Lwów ulica Szeptyckiego, l. 3).

Dr. Eugeniusz Piasecki sekretarz. — *Prof. Dr. H. Jordan* gospodarz sekcyi.

W dalszym ciągu wpłynęły następujące nowe zgłoszenia lub zmiany:

— W sekcyi III. 12) J. Ziemba (Baku): „Płody kopalne Kaukazu“. (192)

— W sekcyi X. Prof. K. Twardowski zapowiada zamiast dwóch, tylko jeden wykład: „Sprawa klasyfikacyi zjawisk psychicznych“. (120/1).

— W sekcyi XIII. 12) Dr. K. Zaleski (Sanok): „Leczenie zimnicy wodą zimną (sposób własny)“ oraz 13) „Przypadek tężca. Wyleczenie“. (193 i 194)

— W sekcyi XIV A. 48) Dr. J. Watten (Łódź): „Przyczynek do patologii i terapii zranień serca“ (195). Całkowity tytuł wykładu (180) Dr. J. Wattena brzmi: „O aseptyce i antyseptyce w szpitalach małych, oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej. Minimum ostrożności, jakie pod tym względem przedsiębrać należy“. Wykład ten przeznaczony na posiedzenie wspólne sekcyi XIV A. z sekcyą XIX.

— W sekcyi XIV B. 3) Dr. Spira (Kraków): „O patogenezie czynnościowego wstrząśnienia błędnika (*commotio labiryntni*)“ (196)

— W sekcyi XV (dentyst.) 6—8) Goldberg (Warszawa): a) „Zastosowanie kwasu osmowego do leczenia zachowawczego miazgi zębowej“ b) „*Natrium metallicum* w leczeniu zastarzałej zgorzeli miazgi“ c) Demonstracya sposobu regulowania zębów. (197—199)

9) Krakowski (Warszawa) „O przypadłościach ze strony jamy ustnej pod wpływem grypy“ (200)

10) Wł. Zieliński (Warszawa): „O wskazaniach do wyjmowania zębów pozornie zdrowych“ (201)

11) Iwankiewicz (Warszawa): „ O replantacyi, implantacyi i transplantacyi zębów; z demonstracyami“ (202)

12—13) A. Klein (Warszawa): a) „Nowy przyrząd artykulacyjny (zgryzadło)“, b) tytuł podany będzie później (203, 204)

14) Blikle (Warszawa): „Sposób racyonalnego czyszczenia zębów z przedstawieniem szczotki własnego pomysłu“ (205)

15) Feliks Kohn (Warszawa): Demonstracye z dziedziny techniki plombowania i korony Bibera, Müllera i Morrisona (206)

W poprzednich ogłoszeniach o sekcyi XV były nazwiska Dr. F. Kołakowskiego i Dr. Wiktora Wernikowskiego podane błędną pisownią.

— W sekcyi XVII. 1) Dr. Bucelski (Warszawa): „Czynniki, wywołujące bezwład postępujący“ (207).

2) Dr. Skłodowski (Warszawa): „Przypadek porażenia Brown-Sequarda“ (208).

3) Dr. Miklaszewski (Warszawa): „O zmiennej nierówności źrenic (*Mydriasis saltans v. alternans*)“ (209)

— W sekcyi XIX. 20) Wykład (180) Dr. J. Wattena na wspólnem posiedzeniu z sekcyą XIV. A. (ob. wyżej).

21) Dr. Zaleski (Sanok): „O najdzielniejszym sposobie wzmacniania bólów porodowych przy dzisiejszym poziomie wiedzy“ (210)

— W sekcyi XX. 10) Dr. J. Zawadzki (Warszawa): „Rola lekarza biegłego w sądzie“ (211)

— W sekcyi XXI. 6) Dr. Łazarowicz i Dr. Al. Zawadzki (Warszawa): „O pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych w Królestwie Pol.“ (212)

7) Dr. Palmirski (Warszawa): „O surowicy paciorkowcowoj“ (213)

8) Dr. Nussbaum (Warszawa): „Rola dziedziczności w higienie“ (214)

9) Dr. Bartoszewicz i Dr. L. Nencki (Warszawa): „O zanieczyszczeniu rzek“ (215)

10) Inż. Kaźm. Matecki: „Urządzenia zdrowotno-techniczne“ (z przedstawieniem planów) (216)

11) Bud. Ksaw. Makowski (Warszawa): „Zagroda włościańska dla gospodarstwa 10-morgowego“ (217)

12) Bud. Edw. Goldberg (Warszawa): „Domy dla robotników“ (z przedstawieniem planów) (218)

13) Dr. J. Zawadzki (Warszawa): „Pomoc doraźna lekarska w większych i mniejszych miastach“ (219)

14) Dr. Jakimiak i Dr. L. Nencki (Warszawa): „O żywieniu chorych w szpitalach“ (220)

15) Dr. Barszczewski (Warszawa): „Przyczynek do higieny odzieży“ (221)

16) Dr. Bartoszewicz (Warszawa): „Drogi szerzenia się chorób zakaźnych“ 222)

Kraków, 25 kwietnia 1900. *Ciechanowski* sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 26 kwietnia.

* We środę d. 25. b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak., na którem kol. St. Dobrowolski omówił: „Cztery przypadki cięcia cesarskiego, wykonane w bieżącym r. szk. w krakowskiej klinice położniczej“; w rozprawach zabierali głos kol. Doc. Braun, Prof. Jordan, T. Piotrowski i Prof. Wachholz. Wykład kol. Nartowskiego odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia (we Środę 2 maja).

— Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo! Odpowiadając na odezwanie się prof. Bujwida w Nrze 16 „Przeglądu lekarskiego“ oświadczam:

Zostawiając prof. Bujwida przy jego poglądach, sam zostaję przy swoich. Ważność zarazka gruźlicy oceniam należycie, ale jej nie przeceniam, bo nie sam tylko zarazek gra rolę w powstawaniu gruźlicy.

Prof. Dr. Domański.

* W poniedziałek 22 b. m. odbyło się zebranie lekarzy praktycznych krakowskich przy udziale około 50 uczestników, na którem zastanawiano się głównie nad szczegółami regulaminu kasy wzajemnej pomocy.

* Zjazd elektrologiczny i radiologiczny odbędzie się w Paryżu od 27. VII do 1. VIII b. r.

Mianowania: Doc. Aschaffenburg w Heidelbergu nadzw. profesorem psychiatryi.

Zmarli: B. profesor chemii fizyologicznej Szczerbaków w Kazaniu; prof. neurologii Hood w Waszyngtonie; prof. weterynaryi Wildner w Insbrucku. Dr. Czesław Stiche, długoletni lekarz zdrojowy w Karlsbadzie, zmarł w Warszawie. W Wilnie zmarł Dr. Hilary Raduszkiewicz w wieku l. 63, długoletni radny miasta i prezes komisyi sanitarnej wileńskiej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Medycyna* Nr. 16: S. Kosobudzki: W sprawie krwawienia kiszkowego po odprowadzeniu lub cięciu przepuklin uwięzłych. F. Arnstein: O leczeniu balneoterapeutycznem otyłości (dok.). *Gazeta lekarska* Nr. 16: A. Grünbaum: Rak odbytnicy. Stan. Dąbrowski: Przypadek wynicowania pęcherza moczowego. Fr. Neugebauer: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, dnia 2 maja, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Witkowskiego (Collegium physicum)*. Porządek dzienny: 1) kol. prof. Browicz: „O budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych“ (z demonstracyami), 2) kol. Nartowski: „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.